

DE

LA GRANULIE

OU

MALADIE GRANULEUSE

PUBLICATIONS DE L'AUTEUR

Note préliminaire pour servir à l'étude de la granulie. (*Union méd.*, *février* 1864.)

Du catarrhe bronchique pseudo-gangréneux. (*Gaz. des hôp.* 1863.)

Étude de l'affaiblissement musculaire progressif chez les vieillards. (*Arch. gén. de méd.* 1862).

Étude séméiotique du cornage broncho-trachéal chez l'homme. (*Union méd.* 1862).

Recherches sur l'encéphalopathie saturnine. (*Arch. gén. de méd.* 1851.)

Mémoire sur une épidémie de diphthérite. (*Arch. gén. de méd.* 1850.)

Considérations sur les paralysies consécutives aux luxations. (*Thèse inaug.* 1850.)

Mémoire sur une épidémie de variole. (*Arch. gén. de méd.* 1852.)

De la méthode à suivre dans l'examen des malades. (1853.)

Des diarrhées et des dysenteries qui ont régné épidémiquement à Paris et dans plusieurs départements pendant les mois d'août et de septembre 1861. (*Arch. gén. de méd.* 1861.)

Étude clinique d'un cas de catalepsie. (*Gaz. des hôp.* 1861.)

De l'incubation des maladies. (*Thèse de concours* 1857.)

De l'albuminurie. (*Gaz. des hôp.* 1862.)

De la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. (*Gaz. des hôp.* 1862.)

PARIS. — IMP. DE V. GOUPY ET Ce, RUE GARANCIÈRE, 5.

DE

LA GRANULIE

OU

MALADIE GRANULEUSE

CONNUE SOUS LES NOMS

DE FIÈVRE CERÉBRALE, DE MÉNINGITE GRANULEUSE
D'HYDROCÉPHALE AIGUE
DE PHTHISIE GALOPANTE, DE TUBERCULISATION AIGUE, ETC.

PAR

G. S. EMPIS

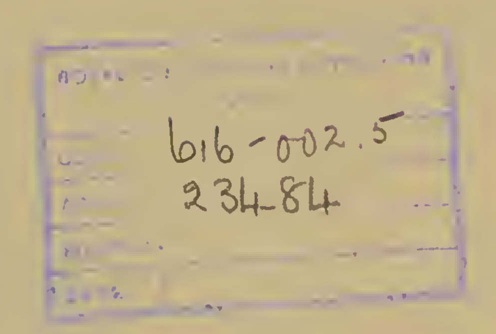
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Chevalier de la Légion d'honneur, Membre de la Société anatomique, etc.



PARIS

P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET JEUNE ET LABÉ
LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1865


616-002.5
23484

DE

LA GRANULIE

OU

MALADIE GRANULEUSE

CHAPITRE PREMIER

IDÉE GÉNÉRALE DE LA GRANULIE.

Maladies diverses qui en relèvent et qui sont à tort disséminées dans les cadres nosologiques, comme maladies spéciales. — Identité de nature du produit inflammatoire, soit qu'il prenne la disposition granuleuse, soit qu'il s'étale en nappe, à la surface des membranes séreuses. — Mauvaise interprétation de ceux qui envisagent l'inflammation propre à cette affection comme l'effet des granulations grises, celles-ci n'étant, au contraire, que l'effet de l'inflammation spécifique au lieu d'en être la cause. — Susceptibilité de ce produit à l'organisation; il est distinct de la tuberculisation proprement dite. — Courte durée de l'affection comparée à celle de la tuberculisation. — Terminaisons très-différentes. — Curabilité. — Nécessité d'une histoire particulière de l'affection, quels que soient son siége et sa forme. — Nécessité d'un nom qui s'applique à l'affection générale envisagée en dehors de son siége et de sa forme.

La granulie n'est pas une maladie nouvelle. L'affection que je décris sous ce nom se trouve disséminée dans les cadres nosologiques sous les appellations les plus diverses. Jusqu'ici les médecins qui l'ont décrite en ont très-différemment interprété la nature, selon la forme sous laquelle elle s'est offerte à leur observation.

Tour à tour considérée comme une affection générale ou comme une maladie locale, selon que ses effets sur l'économie étaient plus ou moins généralisés, elle a été regardée, tantôt comme une phthisie spéciale, *phthisie granuleuse* de Bayle, tantôt comme une forme aiguë de la tuberculisation pulmo-

naire, *phthisie aiguë* ou *galopante* de beaucoup de praticiens modernes; tantôt elle a été décrite comme une sorte de fièvre essentielle, la *fièvre cérébrale*, dénomination que lui a conservée M. le professeur Trousseau dans sa clinique médicale; tantôt enfin elle a été regardée comme une maladie locale de l'encéphale, et se trouve décrite par Dance sous le nom d'*hydrocéphale aiguë*, par Valleix, Rilliet, Barthez, Bouchut, etc., sous celui de *méningite granuleuse;* elle constitue la méningo-encéphalite tuberculeuse, la pleurésie et la péritonite tuberculeuses de beaucoup de praticiens.

Cependant les maladies connues sous les noms divers de phthisie galopante, de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse, d'hydrocéphale aiguë, de granulations tuberculeuses, de tuberculisation aiguë, etc., etc., ne sont pas, à proprement parler, des maladies différentes, comme le feraient supposer les noms divers par lesquels les désignent encore les auteurs des traités les plus récents de pathologie médicale.

Toutes ces maladies relèvent d'un même état général, en vertu duquel une inflammation spécifique se développe, soit isolément, soit simultanément, vers les organes contenus dans les trois cavités.

Cette inflammation spécifique, indépendamment de tous les caractères qui lui sont propres, présente celui-ci de très-particulier, de donner lieu à un exsudat spécial, qui, dans certaines circonstances, revêt l'état granuleux, et se dépose à la surface ou dans l'intérieur des organes atteints par l'inflammation; c'est ce produit qu'on appelle vulgairement depuis les travaux de Bayle et de Laënnec, les *granulations grises*, les *granulations tuberculeuses.*

Ces granulations sur la nature desquelles les médecins n'ont jamais été d'accord, depuis Bayle, qui en faisait le caractère essentiel de sa phthisie granuleuse, et depuis Laënnec, qui les regardait comme le rudiment du tubercule, ont été depuis quelques années l'objet de recherches histologiques très-intéressantes, de la part de MM. Robin, Bouchut, Luys, Vulpian, etc.; mais elles ne sont pas, dans cette affection, le seul produit de l'inflammation spécifique, il y en a un autre non

moins important que les granulations, et qui consiste, comme elles, en un exsudat fibro-plastique, très-ténu, qui s'étale à la surface des organes, se transforme rapidement en tissu conjonctif, et donne lieu très-promptement à des adhérences celluleuses entre les organes contigus. Ce double produit me paraît être, d'ailleurs, de même nature, soit qu'il s'étale en couche très-mince à la surface des organes, soit qu'il se rassemble en petites masses granuleuses plus ou moins abondantes dans la trame des organes; dans les deux cas, il est la conséquence de l'exsudation fibro-plastique qui constitue le caractère spécifique de cette inflammation.

Indépendamment de son produit particulier, celle-ci se traduit encore, à des degrés divers, par les signes communs de l'inflammation, sur les organes et sur les tissus qu'elle envahit, d'où il résulte qu'à l'autopsie des individus qui meurent de cette maladie, on rencontre presque constamment de l'inflammation du côté des organes dont les fonctions ont été le plus fortement troublées pendant la vie.

C'est ainsi que dans sa forme cérébrale, les méninges et le cerveau offrent, à différents degrés, des caractères incontestables d'inflammation, et que dans ses formes thoracique et abdominale, les membranes séreuses, et la plupart des viscères qu'elles tapissent, sont aussi plus ou moins enflammés.

Cette inflammation a été très-singulièrement interprétée par ceux qui en ont constaté la présence coïncidemment avec le produit granuleux. Dominés par cette idée, que l'apparition des granulations précédait tout travail phlegmasique du côté des tissus où on les rencontrait, beaucoup de pathologistes ont attribué l'inflammation à la granulation, la considérant comme un corps étranger dont la présence, à un certain moment, devenait la cause immédiate de l'inflammation.

Je ne saurais partager cette manière de voir qui me paraît aussi erronée que celle qui consisterait à attribuer l'inflammation de la peau ou celle des membranes muqueuses aux fausses membranes fibrineuses de la diphthérite.

Dans la méningo-encéphalite, comme dans la pleurésie

et la péritonite granuleuses, l'inflammation spécifique qui caractérise anatomiquement la maladie, n'est nullement subordonnée à la présence des granulations; celles-ci, bien loin d'être la cause de l'inflammation, comme on se plaît à le répéter sans cesse, en en faisant un appel fluxionnaire, illusoire, n'en sont, au contraire, que le produit.

L'observation rigoureuse des faits prouve que l'inflammation précède les granulations qui, bien loin de lui être nécessaires, sont, au contraire, d'autant plus rares et d'autant plus petites que l'inflammation, par son étendue et par son intensité, a déterminé plus promptement la mort.

Il est très-intéressant de suivre l'inflammation granuleuse dans sa marche, et de constater ce que devient son produit. Un fait qui ne saurait être contesté par personne, parce qu'il a été vu de tout le monde, c'est que l'affection qui fait l'objet de ce travail se rencontre très-souvent chez des individus qui sont déjà tuberculeux ou qui le deviendront plus tard. Or, si l'individu qui est atteint par l'inflammation granuleuse ne succombe pas pendant la période d'acuité de la maladie, s'il ne meurt pas au milieu des symptômes de ce qu'on appelle la fièvre cérébrale, l'hydrocéphale aiguë, la méningo-encéphalite granuleuse, la phthisie galopante, etc., et s'il est sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, cette diathèse s'emparera des produits fibro-plastiques granuleux, et les tuberculisera plus ou moins promptement.

La tuberculisation des granulations fibro-plastiques qui se développent chez les tuberculeux paraît bien, au premier abord, être en faveur de l'opinion de Laënnec, qui regardait ces granulations comme la première phase du développement des tubercules, et l'on conçoit facilement comment presque tous ceux qui n'ont étudié la maladie dont je parle que chez les tuberculeux, ont dû être amenés à embrasser la même opinion.

Cependant cette tuberculisation des granulations n'est pas fatale, et la terminaison peut être tout à fait différente.

En effet, l'exsudation fibro-plastique que produit l'inflammation dans cette affection, soit qu'elle s'étale en nappe, ou

bien qu'elle se ramasse en petits corpuscules granuleux, est susceptible, dans les deux cas, de vitalité et d'organisation. Elle devient souvent du tissu cellulaire qui réunit entre eux les tissus contigus, et elle devient, dès lors, partie constituante de l'organisme.

Il y a loin, sans doute, de cette terminaison favorable de l'exsudation à sa tuberculisation regardée comme constante, comme fatale par la plupart des médecins; mais elle n'en est pas moins positive, et si elle a été aussi longtemps méconnue, c'est parce que la maladie n'a été étudiée jusqu'ici que dans ses formes les plus graves, et que les signes au moyen desquels on peut la reconnaître dans ses formes bénignes ou insidieuses, n'étaient pas encore connus.

La simultanéité si fréquente chez le même individu, d'une affection granuleuse et d'une tuberculisation, rend très-difficile à résoudre la question d'unité ou de dualité des deux diathèses qui président au développement de ces deux maladies; mais ce que l'on peut démontrer par les faits, c'est que si la diathèse est unique, les produits néanmoins en sont aussi distincts par leurs caractères anatomiques et leurs éléments histologiques, que par les troubles auxquels ils donnent lieu.

En effet, quel que soit le siége prédominant de l'inflammation granuleuse vers les organes des trois cavités, quel que soit l'organe qui reçoive la première détermination locale de l'affection, elle se caractérise toujours, indépendamment des troubles fonctionnels directement liés à l'organe lésé, par un état morbide général qui lui est propre; et dans le cas où une tuberculisation vient s'ajouter à la maladie granuleuse, ou bien la précède depuis un temps plus ou moins long, il est possible, par l'analyse clinique, de dédoubler l'état pathologique du malade, et de déterminer, parmi les symptômes, ceux qui appartiennent à l'inflammation granuleuse et ceux qui dépendent de la tuberculisation.

La connaissance des signes de cette affection permet d'en établir le diagnostic chez des individus dont la maladie, jusqu'ici, restait méconnue, chaque fois qu'elle ne se terminait pas par la mort.

En effet, en dehors de ses formes thoracique et cérébrale, l'affection sur laquelle j'appelle l'attention a passé presque inaperçue, et son étude est tout entière à faire.

Cependant elle est assez fréquente pour que chaque année il s'en présente un nombre considérable dans la pratique nosocomiale. Tantôt la maladie passe devant les yeux sous le masque d'une fièvre typhoïde légère, accompagnée de symptômes insolites. D'autres fois, elle est prise pour un embarras gastrique fébrile mal déterminé, dont la marche est languissante, et qu'on envoie, après quelques semaines d'un état stationnaire, à l'asile de la convalescence; là, si les malades achèvent de se rétablir, et s'ils guérissent, la nature de la maladie reste totalement méconnue; si, au contraire, la maladie s'aggrave, et que quelques nouvelles déterminations locales surgissent du côté du péritoine, des plèvres, du poumon ou de l'encéphale, les malades sont renvoyés dans un nouvel hôpital, où ils meurent de ce qu'on appelle alors la phthisie galopante, ou la fièvre cérébrale.

En apprenant à découvrir la maladie dans ses formes légères, on modifiera nécessairement le pronostic, qui n'est pas toujours aussi désespérant que le ferait croire la forme céphalique de la maladie, connue sous le nom de fièvre cérébrale. Sous ses autres formes, la maladie est moins grave et peut incontestablement guérir; mais quand elle survient chez un tuberculeux, elle est extrêmement grave, non parce qu'elle tue par son acuité, ce qui est loin de toujours arriver, mais à cause de la tuberculisation rapide de ses produits.

Les diverses formes de cette affection sont disséminées dans les cadres nosologiques autant que l'étaient celles de la fièvre typhoïde dans les pyrétologies des anciens, et dans celle de Pinel; il est temps, cependant, d'en centraliser l'étude, et nous avons pour cela tous les éléments cliniques nécessaires; mais il est indispensable, tout d'abord, de convenir d'un nom qui désigne la maladie, quelle que soit la forme qu'elle affecte, car tous les noms différents sous lesquels on la connaît, ont le très-grave inconvénient de faire méconnaître l'unité de l'affection, et de perpétuer des erreurs dans les nosographies,

en considérant comme des entités morbides distinctes, des maladies qui sont identiques par leur cause, et qui ne diffèrent entre elles que par leur forme. Or, parmi les noms de cette affection, qui sont déjà plus ou moins vulgarisés dans le langage médical, y en a-t-il un seul qui remplisse les conditions qui lui sont nécessaires? Un exemple clinique répondra à cette question mieux que je ne pourrais le faire.

Une femme, âgée de trente-sept ans, fut apportée, presque sans connaissance, dans mon service, le 7 avril 1864. Nous apprîmes par son mari, que trois mois auparavant elle avait éprouvé un vomissement ou un crachement de sang; mais que depuis cet accident, elle s'était néanmoins bien portée, et avait pu continuer son état de blanchisseuse, jusqu'au moment où la maladie qui l'amenait à l'hôpital s'était brusquement déclarée.

Il y avait trois jours seulement, assurait-il, que sa femme étant en train de faire son ménage, fut prise d'une faiblesse qui la fit s'affaisser tout à coup sur elle-même, en même temps qu'elle perdait connaissance. Depuis le début apoplectiforme de cette maladie, le délire n'avait pas cessé; la malade avait eu des vomissements fréquents et pas de garderobes.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était calme dans son lit, le visage pâle, l'aspect un peu amaigri; sa physionomie offrait un singulier mélange de stupeur et de souffrance; la malade paraissait entendre ce qu'on lui disait, mais elle paraissait ne pas vouloir répondre. Cependant, lorsqu'on lui commandait impérieusement et à plusieurs reprises d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de fermer les yeux, de remuer les mains ou les pieds, elle finissait par obéir lentement, mais avec une sorte d'ennui et de résignation. Son mutisme ne paraissait dépendre nullement d'un défaut de contractilité dans les muscles des lèvres ou de la langue, mais d'un trouble de l'intelligence, d'un défaut de volonté.

La sensibilité cutanée était extrêmement exaltée; on ne pouvait lui toucher la peau sans qu'elle témoignât son dé-

plaisir par un cri plaintif ou par une expression douloureuse du visage.

L'hypéresthésie était surtout manifeste sur la peau de la face, sur celle du ventre et sur celle des membres inférieurs. Elle nous parut aussi plus exagérée du côté droit que du côté opposé.

Nous ne pûmes constater aucun trouble de la vue; il n'y avait pas de strabisme; les pupilles étaient normales et contractiles; la malade ne paraissait pas souffrir de la lumière.

La contractilité n'offrait aucun trouble, il n'y avait nulle part de contracture ni de paralysie.

La langue était blanche et un peu collante, les vomissements ne s'étaient pas répétés depuis l'entrée de la malade; il y avait de la constipation. Le ventre était partout très-sensible à la palpation; ses parois étaient contractées; on ne pouvait pas y tracer des lignes avec le revers de l'ongle, sans déterminer une extrême douleur. Les raies hyperhémiques (taches méningitiques de M. Trousseau) se dessinaient en rouge avec vivacité, et persistaient longtemps.

La malade n'avait pas de fièvre, sa peau n'était pas notablement chaude; le pouls était régulier et battait soixante-seize fois par minute.

Sa respiration était naturelle, elle n'était ni précipitée, ni ralentie, ni saccadée. La malade ne toussait pas, ne crachait pas. L'examen le plus minutieux de la poitrine ne nous fit absolument rien découvrir du côté des organes respiratoires.

Le diagnostic n'était pas difficile; il s'agissait évidemment de l'apoplexie séreuse d'autrefois, et de ce qu'on décrit aujourd'hui dans les livres de pathologie, sous les noms divers d'hydrocéphale aigüe, de méningite granuleuse, de méningite tuberculeuse, de méningo-encéphalite, de fièvre cérébrale, etc., etc. — Je dis alors aux élèves qui suivaient ma clinique, qu'il ne s'agissait pas là, seulement, d'une maladie des méninges et du cerveau, mais bien d'une affection générale à forme céphalique, et que c'était un exemple de l'affection qu'ils m'entendaient si souvent appeler *granulie.*

Le pronostic était désespérant, et malgré toute notre thé-

rapeutique, la malade s'éteignit dans un délire comateux le dixième jour de la maladie, sans avoir présenté pendant tout le cours de cette affection le moindre symptôme qui pût être attribué à une lésion des organes respiratoires.

L'autopsie fut faite devant tous les élèves, et montra la plupart des lésions que j'avais annoncées; inflammation des méninges cérébro-spinales, fines adhérences celluleuses au niveau des scissures; granulations demi-transparentes non tuberculisées dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien et le long des vaisseaux; ramollissement du corps calleux et de la voûte à trois piliers; dilatation considérable des ventricules remplis de sérosité limpide.

Du côté de la poitrine, les lésions étaient considérables; à la surface des plèvres, notablement hypérhémiées, exsudation plastique, filante au doigt et formant aux endroits de contact, de petits filaments ténus de tissu conjonctif. Les poumons, dans toute leur étendue, étaient littéralement criblés de petites granulations demi-transparentes non tuberculisées. Au sommet des deux poumons, deux ou trois cicatrices anciennes et en tout, *cinq* petits tubercules demi-crétacés, d'ancienne formation; ganglions bronchiques tuméfiés grisâtres, sans aucune trace de tubercule.

Dans l'abdomen, les lésions n'étaient pas moins remarquables: le péritoine, comme les plèvres, était le siége d'une fine exsudation fibro-plastique qui formait déjà des filaments celluleux nombreux à la surface des différents viscères; on y voyait, en outre, un nombre considérable de petites granulations transparentes, qui se rencontraient au maximum, à la surface du foie, et surtout à celle de la rate.

Les ganglions mésentériques étaient très-congestionnés; mais aucun d'eux ne nous a laissé découvrir de tuberculisation.

En présence de ces lésions si multipliées, révélées par l'autopsie, on doit se demander si le nom par lequel on a désigné la maladie pendant la vie, est bien convenable.

Si l'enseignement de l'anatomie pathologique se faisait dans nos hôpitaux, comme il se pratique dans les Universités

de Vienne et de Berlin; si le professeur, ignorant les symptômes manifestés pendant la vie, était obligé, par l'étude exclusive des lésions anatomiques, de reconstruire la maladie et de lui donner son nom, est-il présumable qu'il ferait, avec toutes les lésions qu'a dévoilé l'autopsie, une simple maladie de l'encéphale? Non, sans doute; il en ferait à coup sûr une *phthisie galopante*.

Si cependant j'avais montré cette malade aux élèves de ma clinique comme un bel exemple de phthisie galopante, ils auraient pu douter de ma parole. L'image d'un état de consomption causé par le poumon est inséparable de l'idée de phthisie; une phthisie qui tue en dix jours, sans consomption, sans fièvre hectique et sans aucun symptôme pulmonaire, n'est pas une phthisie dans l'acception clinique du mot. Cette dénomination, acceptable vis-à-vis du cadavre, eût été pitoyable pendant la vie de la malade.

Serait-ce à dire que, méconnaissant la valeur de la multiplicité et de la dissémination des lésions dans les trois cavités, il convienne mieux de faire du cas particulier que je viens de rappeler, une maladie locale, une maladie de l'encéphale; une apoplexie séreuse, dont le début apoplectiforme légitimerait l'appellation; une hydrocéphale aiguë, justifiée par l'accumulation d'une grande quantité de sérosité dans les ventricules dilatés; une méningo-encéphalite, amplement démontrée par l'état des membranes et des parties centrales du cerveau?...

Mais avec tous ces mots qui emprisonnent l'idée dans la lésion encéphalique, que deviendrait la notion de l'état général spécifique qui domine toutes les déterminations locales, que deviendraient les lésions thoraciques et les lésions abdominales?

Pourquoi ne pas appeler la maladie à laquelle cette femme a succombé, une tuberculisation aiguë (1), comme le feraient

(1) Au moment de livrer mon travail à l'impression, j'ai eu connaissance du livre de M. le docteur Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, intitulé : *Études cliniques de médecine militaire*. Le chapitre qu'il a consacré à *la tuberculisation aiguë* m'a vivement intéressé; j'ai

quelques médecins? c'est que cette dénomination me paraît doublement défectueuse; et parce qu'elle exprime déjà quelque chose de très-nettement déterminé en pathologie médicale, et parce que ce quelque chose est précisément tout différent de la maladie qui a tué cette pauvre femme.

J'explique ma pensée.

La tuberculisation, si lente ou si rapide qu'elle soit dans sa marche, est toujours parfaitement déterminée par les caractères de son produit : par tuberculisation, on veut dire production de tubercules au sein d'un ou de plusieurs organes de l'économie. On exprime ainsi une action pathologique *tuberculisante*, faisant du tubercule. L'idée d'une tuberculisation sans tubercules, sans tuberculisation des organes, n'aurait pas de sens. Or, en clinique, la tuberculisation est très-nettement déterminée dans ses formes chronique et aiguë.

Sous sa forme chronique, nous la voyons encombrer nos salles tous les hivers. Ces malheureux phthisiques, qui meurent lentement en consomption, sont autant d'exemples de tuberculisation pulmonaire chronique, dont, grâce à l'auscultation et à la percussion, on peut constater aujourd'hui, avec une merveilleuse précision, la marche progressive des lésions, leur étendue et leur degré.

A côté de ces phthisies chroniques dans lesquelles les tubercules ne se développent qu'en petit nombre à la fois, et ne marchent au troisième degré qu'à petite vitesse, il s'en présente d'autres dans lesquelles les tubercules se développent, à la fois, en grand nombre et accomplissent leur évolution avec une formidable rapidité. On suit chez ceux-ci, jour par jour, heure par heure, le progrès du mal, qui, en quelques semaines, entraîne au tombeau ses victimes.

Entre ces deux formes de tuberculisation, la différence est

vu avec une satisfaction profonde combien les idées que je défends dans mon livre se rapprochent de celles qu'il a émises sur cette maladie. Si nous différons l'un de l'autre par l'appellation du mal et sur sa nature spécifique, nous sommes parfaitement d'accord sur les troubles fonctionnels que provoque l'affection, et sur les principaux signes qui permettent d'en établir le diagnostic.

tout entière dans la rapidité d'évolution. L'une est une maladie chronique qui met des années à localiser ses produits et à atteindre ses degrés; l'autre est une maladie aiguë qui frappe l'économie dans toute sa substance à la fois, et concentre toute l'activité organique dans la production des tubercules qui se développent, se multiplient, se disséminent dans tous les organes et parcourent leurs degrés avec une effrayante vitesse.

Mais ce qu'il importe de ne pas oublier, c'est que dans les deux cas la conséquence anatomique est la même; ce sont les mêmes produits et les mêmes lésions; la vitesse du procédé seule a été différente; et cela est si vrai, qu'en présence des désordres offerts par le cadavre, il serait impossible, le plus souvent, de préciser si la tuberculisation a été chronique, ou si elle a été aiguë.

Or, j'en fais juge le lecteur, peut-on dire que cette malade ait succombé à des tubercules, à une véritable tuberculisation? Voit-on chez elle ces désordres si considérables déterminés dans les organes par la fonte des tubercules, et serait-il raisonnable d'attribuer sa maladie aux cinq petits tubercules demi-crétacés que nous trouvons au sommet des poumons, dont l'un est gros comme un grain de chènevis, et dont les quatre autres ont le volume d'un grain de millet? Malgré les perquisitions les plus minutieuses et les plus répétées, on n'a pu trouver ailleurs absolument aucun indice de tuberculisation; ce n'est donc point là, il faut le reconnaître, un exemple de ce qu'on appelle judicieusement la tuberculisation aiguë, car ce serait une tuberculisation sans tubercules.

Mais j'entends l'objection : ces granulations si multipliées qui criblent les poumons, et qui se retrouvent aussi dans la tête et dans le ventre, ce sont des tubercules à l'état naissant, me dira-t-on, et la disposition générale qui les produit n'est autre que la diathèse tuberculeuse.

Me réservant de discuter plus loin la question relative à la nature de l'affection, je ferai seulement remarquer ici combien, en dehors de leurs caractères sensibles, de leurs manifestations fonctionnelles et organiques, les diathèses sont mal

dessinées. Ce qui nous importe le plus en clinique, c'est de bien connaître les caractères sensibles des maladies, car ce sont eux qui servent de base à nos classifications nosologiques, et qui nous permettent d'établir l'individualité des espèces.

Quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur l'unité ou la dualité des diathèses qui dominent la scrofule et la tuberculisation, cela n'empêchera jamais le bon sens clinique de distinguer un scrofuleux d'un tuberculeux. De même, j'en suis convaincu, quel que soit le résultat des méditations sur l'unité ou la dualité des diathèses qui engendrent les tubercules et les inflammations granuleuses, l'étude clinique démontrera chaque jour davantage que ces deux états pathologiques sont très-distincts; que si parfois on les observe successivement ou simultanément chez le même sujet, il n'en est pas moins facile par l'analyse clinique, de faire la part des symptômes qui appartiennent à chacun de ces états. Quant à l'identité des produits, elle n'est plus soutenable aujourd'hui. Les granulations fibro-plastiques ne sont pas, comme l'avait cru Laënnec, des tubercules à l'état naissant; ce sont des produits pathologiques très-distincts des tubercules, dont les caractères histologiques ont été très-bien décrits par MM. Robin et Bouchut (1). Si quelquefois on les trouve en train de se tuberculiser, ce qui n'est pas rare quand elles se développent chez un sujet déjà tuberculeux, c'est que le tissu conjonctif et fibro-plastique qui les constitue est aussi susceptible de recevoir du tubercule, que le sont les ganglions lymphatiques et la plupart des organes. Et d'ailleurs, n'y a-t-il donc eu comme produits pathologiques, chez la malade qui fait l'objet de cette discussion, que des granulations.

Peut-on méconnaître l'inflammation si spéciale qui occupe le péritoine, la surface des viscères abdominaux, les plèvres, les méninges cérébro-spinales, le cerveau? Répétera-t-on avec quelques auteurs que l'inflammation, dans ce cas, est l'effet des granulations qui appellent par leur présence la fluxion inflammatoire à la manière d'une épine? Non, non,

(1) Bouchut, *Traité des maladies des enfants*, 4e édit., p. 356.

les choses ne se passent pas ainsi ; l'inflammation spécifique, dans cette maladie, ainsi que je l'ai déjà dit, se montre avant et en l'absence des granulations, qui non-seulement ne lui sont pas nécessaires, mais qui en sont un des produits, au même titre que l'exsudation plastique de la surface des séreuses, comme je le démontrerai dans le cours de ce travail.

Aucune des appellations reçues ne convient donc à cette maladie, puisque chacune d'elles ne peut être appliquée qu'à une forme déterminée de l'affection, et qu'aucune d'elles ne saurait exprimer l'affection générale d'où relèvent toutes les déterminations locales.

J'avais adopté d'abord, dans mes conférences cliniques, le mot de *granulite*, sans me dissimuler tout ce qu'il a de défectueux. Ce mot est passible de tous les reproches que l'on a adressés autrefois au mot *diphthérite*, qui a prévalu néanmoins dans la science, parce qu'il était nécessaire. Il en sera de même du mot nouveau qui désignera l'affection générale sur laquelle j'appelle l'attention, quelle que soit d'ailleurs, dans l'économie, la localisation de l'exsudation granuleuse, parce que ce mot est devenu nécessaire pour distinguer la chose.

Afin d'éviter la terminaison *ite*, qui rigoureusement ne doit pas être donnée au produit de l'inflammation, mais à l'organe enflammé, nous dirons désormais *granulie*, ce qui n'éloignera nullement le but qu'il faut atteindre. Quant à remplacer ce nom par le terme collectif d'*affection granuleuse*, ce serait grouper cette maladie à côté des affections granuleuses du pharynx, avec lesquelles elle n'a aucun rapport ; à côté des affections granuleuses de l'utérus, qui sont elles-mêmes tout autre chose ; à côté des inflammations granuleuses de la conjonctive, etc., et, dans ce groupe hybride d'affections granuleuses de toutes sortes, se trouverait confondue et perdue, l'affection dont je cherche précisément à faire ressortir l'individualité.

CHAPITRE II

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES GÉNÉRALES DE LA GRANULIE.

Elle comprend l'étude de l'inflammation initiale et celle de ses produits.. — Nécessité d'histoires particulières nombreuses et relatives à toutes les formes de l'affection granulique, pour en constituer l'anatomie et la physiologie pathologiques. L'inflammation précède ses produits; elle se traduit sur les organes par les phénomènes inflammatoires communs : douleur, rougeur, gonflement, ramollissement. Elle a pour produits : de la sérosité, de la lymphe fibro-plastique organisable, des granulations. — Celles-ci doivent être étudiées au triple point de vue de leurs caractères anatomiques, de leurs caractères histologiques et de leur avenir dans l'économie.

Avant d'étudier en particulier l'état de chaque organe, qui est intéressé dans la granulie, il est utile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de cette affection.

Depuis les travaux de Bayle et de Laënnec, si les granulations grises demi-transparentes ont été l'objet d'un grand nombre de recherches de la part des micrographes, au double point de vue de leur nature et de leur composition histologiques, il n'en est pas de même de l'état pathologique des tissus et des organes sur lesquels on les rencontre. La manière spéciale dont les tissus et les organes sont frappés dans cette maladie, les troubles apportés dans leur vitalité et dans leur nutrition, l'inflammation spécifique qui en résulte et dont une des conséquences est précisément l'exsudation du produit fibro-plastique qui forme les granulations, tous ces différents points de l'étude anatomique de la granulie ont à peine fixé l'attention des observateurs.

La dissémination des diverses formes de la maladie dans les cadres nosologiques, est une des raisons puissantes pour

lesquelles l'état pathologique générateur des granulations a été si longtemps méconnu. En effet, les formes de l'affection, dans lesquelles l'élément inflammatoire domine l'altération des organes, sont envisagées, par beaucoup de médecins, comme des maladies complètement différentes des formes de granulie, dans lesquelles le produit granuleux paraît dominer tout le processus pathologique.

Lorsque l'inflammation, par sa vivacité, par la rapidité de sa marche, et par son intensité, se traduit sur les organes, plutôt par l'abondance de ses caractères communs que par ses caractères spécifiques, comme il arrive souvent dans la méningite granuleuse, on en méconnaît la nature, on en fait une méningite simple; ou bien si l'inflammation, plus lente dans sa marche, et moins vive dans son expression symptomatique, a eu tout le temps de produire les granulations méningées, avant de gagner la profondeur de l'encéphale et de tuer le malade, on l'attribue volontiers à la présence des granulations, considérant celles-ci, avec M. le professeur Trousseau, comme un puissant appel fluxionnaire, comme la cause de l'inflammation. « Il faut dire, écrit l'habile pro« fesseur (1), que la présence des granulations et des tuber« cules dans les méninges est une cause d'appel fluxionnaire, « tellement puissant, que, tôt ou tard, les enfants doivent « succomber à la fièvre cérébrale. »

Selon cette opinion, dans la fièvre cérébrale, qui n'est autre chose que la méningo-encéphalite tuberculeuse des auteurs, les granulations précéderaient donc l'inflammation des tissus encéphaliques. Cependant, je rapporterai des faits, et chacun en connaît de semblables, dans lesquels les individus meurent de fièvre cérébrale, ayant déjà des granulations dans presque tous les organes, excepté dans l'encéphale; c'est ce qui a lieu dans le cas où l'affection granulique, tout en généralisant ses effets sur les organes des trois cavités, porte primitivement son activité du côté du thorax et de l'abdomen, avant de frapper l'encéphale, et se développe soudaine-

(1) *Clin. méd.*, t. II, p. 324.

ment, avec tant de violence, qu'elle tue le malade, avant même d'y avoir élaboré son produit spécifique. Dira-t-on, dans cette circonstance, qu'une fièvre cérébrale ou une méningo-encéphalite est venue compliquer un commencement de phthisie galopante, la fièvre cérébrale et la phthisie galopante étant encore considérées comme deux maladies différentes par beaucoup de médecins, et en particulier par M. le professeur Trousseau, qui les décrit isolément dans sa clinique médicale? Ce serait un tort!

Cette divergence d'opinion relativement à l'identité de l'affection dans ses diverses formes, éloignerait à jamais la possibilité d'une étude générale de son anatomie pathologique, si l'on devait s'y arrêter.

Il est indispensable, pour se faire une idée juste du processus pathologique, pour déterminer les phases successives des altérations organiques, d'étudier la maladie dans un grand nombre de cas particuliers, et de comparer entre elles toutes ses formes diverses. Ce n'est qu'en rapprochant dans un très-grand nombre de cas particuliers, les lésions constatées après la mort, des symptômes observés pendant la vie, qu'on parvient à juger sainement de leur subordination réciproque.

Comment, en effet, pourrait-on juger si une certaine inflammation précède l'exsudation fibro-plastique, et si elle lui est nécessaire, comme la cause à son effet, lorsqu'on n'explore l'état des organes qu'après l'extinction de toute inflammation! Qu'apprendrait, sur ce point, l'examen le plus attentif des granulations disséminées à la surface du péritoine, des plèvres et des méninges, si l'inflammation qui les a précédées sur ces membranes, et qui a été nécessaire à leur développement, n'a pas été saisie, par la mort, pendant son activité.

Une des circonstances qui contribuent aussi à obscurcir la manière dont se succèdent les phénomènes dans cette affection, est la simultanéité si fréquente de la tuberculisation avec elle ; — Tantôt, en effet, la granulie survient chez des sujets qui sont sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, mais qui n'en ont encore éprouvé aucune manifestation

sensible, avant son explosion; tantôt aussi, elle apparaît dans le cours d'une tuberculisation chronique.

Dans la première condition, si le malade meurt très-rapidement, on ne rencontrera à l'autopsie, que les lésions propres à la granulie, sans mélange de tuberculisation; et dans ce cas, les caractères de l'inflammation sont d'autant plus fortement accusés sur les organes, que la mort est survenue plus près du début de la maladie, et pendant l'acuité initiale de l'inflammation; mais si la maladie est moins violente, si elle marche plus lentement, ou si elle guérit, en tant qu'état pathologique aigü, pour être remplacée par une tuberculisation chronique, comme cela se voit si souvent; l'autopsie, dans ce dernier cas, ne révèlera plus aucun signe de l'inflammation qui a présidé au développement des granulations; et l'on ne trouvera plus que celles-ci, soit encore à l'état fibro-plastique demi-transparent, soit envahies déjà par la tuberculisation.

Dans l'autre condition, lorsque la granulie survient dans le cours d'une tuberculisation chronique, et enlève lestement le malade par une phthisie galopante, ou par une fièvre cérébrale, il est très-aisé de se méprendre aussi sur l'âge des différentes lésions que montre l'autopsie, et d'intervertir, sans s'en apercevoir, l'ordre de leur succession et leur subordination.

Il est donc nécessaire, je le répète, pour parvenir à connaître la succession véritable des états pathologiques de la granulie, d'en étudier les lésions sur un très-grand nombre de sujets, morts dans des formes différentes de la maladie.

C'est faute de s'être placé dans ces conditions, et pour avoir, trop exclusivement, étudié cette affection, comme des maladies distinctes, selon la prédominence de sa localisation vers l'une ou l'autre des trois cavités, que l'on a pu croire, dans certains cas, que toute la maladie consistait dans de la méningite, ou de l'hydro-céphalie; et que, dans d'autres cas, on n'a vu dans les organes que des granulations sans inflammation préalable.

Un premier fait qui ressort, pour moi, du grand nombre

d'observations, et d'ouvertures cadavériques que j'ai faites depuis plusieurs années, sur des individus atteints de cette maladie, c'est qu'une certaine inflammation précède toujours, à un degré d'acuité divers, l'apparition des granulations.

L'anatomie pathologique générale de la granulie comprend donc :

1° L'étude de l'inflammation initiale des tissus.

2° Celle des produits de cette inflammation : sérosité, lymphe fibro-plastique, granulations.

1° DE L'INFLAMMATION DES TISSUS DANS LA GRANULIE.

Dès l'année 1823 (1), M. le professeur Cruveilhier émettait, sur l'origine des tubercules, une opinion analogue à celle de l'auteur du traité des *phlegmasies chroniques*. Selon l'illustre professeur d'anatomie pathologique, la matière tuberculeuse était le produit d'un mode particulier d'inflammation qu'il rapprochait déjà des phlegmasies purulentes et pseudo-membraneuses.

Mais l'inflammation invoquée par M. Cruveilhier, pour expliquer la formation du tubercule, est-elle bien de même nature que celle qui appartient à la granulie; le produit de sécrétion morbide qui, en se solidifiant, constituera le tubercule, selon l'interprétation du savant professeur, est-il bien le même que celui qui, dans la granulie, donnera lieu, soit à des adhérences celluleuses entre les organes contigus, soit à des granulations fibro-plastiques douées, comme les précédentes, d'une certaine vitalité? Il est permis d'en douter.

En effet, M. Cruveilhier n'ayant en vue que la tuberculisation proprement dite, à propos de l'exsudation inflammatoire qui en serait l'origine, s'exprime de la manière suivante (2) : « Les tubercules ne sont nullement un tissu accidentel, mais « bien, comme la pseudo-membrane, un produit de sécrétion

(1) Thèse latine de concours pour l'agrégation.

(2) *Anat. patho.*, p. 534.

« phlegmasique solidifié, *avec cette grande différence*, que le « produit pseudo-membraneux est capable d'organisation et « de vie, tandis que la matière tuberculeuse ou strumeuse « est un produit inerte, et par conséquent incapable d'un « travail organique quelconque. »

Si ces paroles de M. Cruveilhier pouvaient laisser quelque doute sur la différence qui existe entre l'exsudation dont il parle et celle de la granulie, les expériences qui servent de base à sa théorie, non plus que le rôle qu'il attribue aux granulations grises, n'en laisseraient aucun.

Il est fort important de faire remarquer que M. Cruveilhier, dans les expériences qu'il a entreprises sur les animaux, afin de juger la nature inflammatoire de la tuberculisation, n'est jamais parvenu à produire autre chose, par les injections mercurielles, que du pus et de la matière caséeuse, autour des globules de mercure injectés (2). « La matière contenue dans « ces foyers ressemblait, dans quelques-uns, *probablement* « *dans les plus récents*, à du pus épais; dans les autres, à une « matière caséeuse plus ou moins concrète. »

Mais jamais il n'a produit de véritables granulations demi-transparentes, car on ne saurait admettre comme telles, les noyaux de pneumonie chronique, dont il est question dans la quatrième expérience, relatée par le savant professeur; ce qui prouve, d'une part, qu'une inflammation artificielle ne saurait produire l'exsudation spécifique de la granulie, et, d'autre part, que l'existence préalable de la granulation grise n'est pas nécessaire, dans l'opinion de M. Cruveilhier, à la formation du tubercule; il le dit, d'ailleurs, lui-même très-explicitement dans son ouvrage (2) : « Ne suit-il pas de ces « faits, que les tubercules du sujet de la quatrième expé-« rience *ont commencé* par être puriformes, puis caséiformes, « comme ceux du sujet de la première et la deuxième; « que l'état dit de *crudité* a été consécutif à l'état de *ramol-* « *lissement*. »

(1) *Loc. citat.*, p. 544.
(2) *Loc. citat.*, p. 545.

Cette tuberculisation artificielle, déterminée par M. Cruveilhier, à l'aide d'injections de mercure dans les poumons des animaux, me paraît se rapprocher tout à fait de celle que développent, chez certains ouvriers, l'introduction dans les voies respiratoires de poussières inorganiques. Dans l'espèce de phthisie des mouleurs en cuivre, si bien décrite par M. le professeur Tardieu, l'on ne rencontre pas, non plus, de véritables granulations grises demi-transparentes; la spécificité de l'inflammation n'est pas la même.

Dans la granulie, la spécificité de l'inflammation ne se traduit pas seulement par celle de ses produits, mais encore par la manière dont elle trouble la vitalité des organes qu'elle atteint, et par le peu de rapport qui existe souvent entre l'abondance de ses produits et le peu d'intensité des phénomènes que l'on observe dans l'inflammation simple; aussi, s'éloigne-t-elle beaucoup de l'inflammation phlegmoneuse, sous le rapport de la congestion hyperhémique, du gonflement, de la rougeur, de la douleur et de la chaleur qui l'accompagnent, tandis qu'elle se rapproche beaucoup, par exemple, de l'inflammation diphthéritique, par le peu de vivacité du molimen inflammatoire qui préside, dans cette maladie, à l'exsudation des pseudo-membranes fibrineuses.

Les caractères de l'inflammation granulique varient un peu selon les tissus où elle se développe; elle reçoit de la nature anatomique de chacun d'eux, des différences importantes, comme on le verra plus loin, en étudiant cette inflammation sur chaque organe en particulier.

Tous les tissus de l'économie n'ont pas, d'ailleurs, une égale aptitude à cette inflammation. Entre les membranes séreuses, pour lesquelles la granulie a une extrême affinité, et les membranes muqueuses pour lesquelles elle n'en a aucune, on rencontre un grand nombre d'organes, tels que les ganglions lymphatiques, la rate, le poumon, le cerveau, etc., pour lesquels l'affinité de l'inflammation spécifique se présente à des degrés divers.

La douleur est un des premiers phénomènes de l'inflammation granuleuse; elle se présente à des degrés plus ou

moins élevés suivant les individus, et suivant les tissus. Sur les membranes séreuses qui sont si peu sensibles à l'état sain, la sensibilité devient très-manifeste chaque fois que l'inflammation granulique les atteint ; et cette sensibilité anormale est, comme on le verra, à propos du diagnostic, un signe d'une haute valeur pour reconnaître le passage de la granulie sur les méninges, sur les plèvres et sur le péritoine.

Il est d'autres organes sur lesquels l'inflammation granuleuse produit peu, ou à peine de douleur ; ainsi, sur le poumon, des granulations peuvent se développer en grand nombre, sans qu'à aucun moment de la maladie, il se soit développé de douleur ; quand celle-ci s'observe dans la forme thoracique de l'affection, elle est due, le plus souvent, à l'inflammation granulique simultanée de la plèvre.

L'hypérhémie est un des caractères de l'inflammation granuleuse ; mais pour la constater, il faut examiner les organes pendant que l'inflammation est encore dans toute sa vivacité ; lorsque les individus ont été enlevés pendant la période d'acuité de la maladie ; les malades qui succombent rapidement à la forme typhoïde de la phthisie galopante, ou à la forme cérébrale, sont très-propres à l'étude des premiers degrés de l'inflammation granulique ; car il est très-rare dans ces circonstances, que l'inflammation ait marché avec la même rapidité sur les organes contenus dans les trois cavités ; on est à même alors de constater les signes de l'inflammation à ses différents degrés.

L'hyperhémie existe au début de l'inflammation ; elle est très-manifeste sur les membranes séreuses ; elle marche de pair avec la douleur, et disparaît presque toujours avec elle au bout de quelques jours. Aussi ne peut-on en prendre aucune idée, chez les individus qui meurent d'une tuberculisation générale, longtemps après que l'inflammation granulique est éteinte. En général, lorsque les adhérences celluleuses se sont déjà développées entre les membranes séreuses en contact, et lorsque le produit fibro-plastique s'est condensé en granulations d'un volume facilement apparent, l'hyperhémie inflammatoire a déjà disparu.

Du côté de l'arachnoïde et de la pie-mère, il est plus fréquent de constater l'hyperhémie que sur la plèvre ou le péritoine, parce que les organes encéphaliques ont peu de tolérance pour l'inflammation, et que la mort survient le plus souvent, avant que les granulations aient eu le temps de se développer en grand nombre.

Cependant chez la malade, dont j'ai relaté l'histoire dans le premier chapitre de cet ouvrage, morte au dixième jour de la maladie, il existait une hypérhémie considérable sur les méninges et sur les plèvres, indépendamment des granulations toutes récentes qu'on y rencontrait.

Il peut arriver que la méningite granuleuse guérisse, et ne laisse plus que des granulations plus ou moins nombreuses après elle, comme quelques-unes de nos observations en font foi (voy. chap. VIII, p. 7); ou que les individus soient repris plus tard d'une seconde poussée inflammatoire qui les enlève. On trouve alors simultanément, et d'anciennes granulations et une hypérhémie inflammatoire récente (voy. ch. VII, p. 6).

C'est sur des cas de ce genre que se sont nécessairement appuyés les auteurs qui regardent l'inflammation granuleuse comme l'effet des granulations, et non comme leur cause. Mais s'ils avaient pris soin de s'enquérir soigneusement des antécédents de leurs malades, ils se seraient convaincus que ceux-ci avaient déjà ressenti quelques semaines, ou quelques mois auparavant, une atteinte de la même affection, seulement à un moindre degré.

L'hypérhémie est très-notable aussi sur les organes parenchymenteux pendant la première période de l'inflammation. Ainsi, le tissu des ganglions lymphatiques est très-notablement hypérhémié; celui de la rate l'est également. L'hypérhémie du poumon varie beaucoup, suivant l'époque à laquelle est parvenue l'inflammation. Dans le poumon, comme dans les autres organes, elle disparaît, en général, lorsque les granulations se sont formées. Comme elle débute, presque constamment, par les parties supérieures du poumon, et qu'elle s'étend de haut en bas, on peut trouver la base du poumon notablement hypérhémiée sans granulations encore, tandis

que les sommets en contiennent en grand nombre sans hypérhémie.

Il est alors facile de constater que l'hypérhémie marche sur le poumon dans le même sens que les granulations, c'est-à-dire que l'hypérhémie précède leur développement et disparaît à mesure qu'elles se forment.

Le *gonflement* dans l'inflammation granuleuse, comme dans tout autre inflammation, est en rapport direct avec l'abondance de la sécrétion morbide au sein des organes. Si le produit est versé à la surface, comme dans les membranes séreuses, il n'y a aucun gonflement appréciable du tissu enflammé; mais s'il est renfermé dans les mailles du tissu cellulaire, ou dans l'intérieur du parenchyme, il y a augmentation de volume de l'organe. L'arachnoïde versant ses produits en dehors de sa cavité, à l'opposé des autres membranes séreuses, on peut constater, dans le cas où elle est enflammée, le gonflement, l'infiltration du tissu cellulaire qui l'unit à la pie-mère; cette infiltration est quelquefois très-considérable.

L'augmentation de volume des organes atteints de granulie, s'observe à un très-haut degré pour les ganglions lymphatiques et pour la rate. Du côté des poumons elle est beaucoup moins considérable; assez peu, du moins, pour que l'empreinte des côtes ne persiste pas, sur leur surface externe, comme cela arrive souvent dans la pneumonie simple.

Très-souvent le cerveau paraît augmenté de volume; les circonvolutions sont aplaties et tassées. Cette augmentation de volume ne tient pas seulement au gonflement du cerveau, mais surtout à l'accumulation de la sérosité dans les ventricules, qui les dilate et comprime la masse encéphalique, du centre à la périphérie. Il se peut bien, du reste, que la sérosité infiltrée dans le tissu cérébral lui-même, augmente son volume. Dans certains cas, en même temps que l'inflammation granulique détermine le gonflement des organes qu'elle atteint, elle provoque aussi le ramollissement de leur tissu qui devient friable et moins consistant. Le ramollissement de la substance cérébrale se rencontre extrêmement souvent dans

la forme céphalique de la maladie; le ramollissement et la friabilité de la rate et des ganglions lymphatiques s'observent fréquemment aussi dans la forme typhoïde de l'affection, et dans sa forme abdominale.

Passons actuellement à l'étude des produits de l'inflammation.

2° DES PRODUITS DE L'INFLAMMATION GRANULIQUE.

Sérosité. — Lymphe fibro-plastique. — Granulations.

Si les phénomènes constituants de l'inflammation : rougeur, douleur, chaleur et gonflement se présentent à des dégrés très-divers dans l'inflammation granulique, il en est de même pour ses produits. La quantité de la sérosité, de la lymphe fibro-plastique et des granulations qui résultent de cette inflammation, varie considérablement suivant les cas.

Ces divers produits de l'inflammation peuvent se trouver simultanément réunis dans un même lieu, comme ils peuvent aussi se trouver isolés dans chacune des régions du corps frappées par la granulie.

De la sérosité.

La sérosité produite par cette inflammation est transparente et limpide; elle est d'une teinte très-légèrement ambrée quand elle est sécrétée par la plèvre ou le péritoine, et presque complétement incolore, quand on l'observe dans les cavités cérébrales. La teinte louche qu'on lui a parfois rencontrée, était due à un mélange de pus, en plus ou moins grande quantité. Le pus lui-même me paraît être bien rarement un produit de l'inflammation granulique simple.

Si on l'a noté si fréquemment dans la péritonite, la pleurésie et la méningite granuleuses, c'est parce que, jusqu'à ce jour, on a employé à tort comme synonyme l'expression *granuleuse* et *tuberculeuse;* or, le pus est très-fréquent dans les inflammations *tuberculeuses*, quel que soit leur siége dans

l'économie; tandis que dans l'inflammation granulique on ne le rencontre presque jamais, qu'à moins de complication.

Lorsque de véritables tubercules caséeux ou ramollis existent dans le cerveau ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ils produisent par leur présence une méningo-encéphalite toujours *purulente*, qui n'est pas du tout l'inflammation granulique que j'étudie. La méningo-encéphalite qui se développe dans cette circonstance est tout à fait analogue, par ses lésions anatomiques, comme par les troubles fonctionnels qu'elle détermine pendant la vie, à celle qui serait occasionnée par un cancer ramolli, par un kyste hydatique suppuré, ou par une lésion traumatique quelconque.

Dans ces cas, on rencontre constamment du pus dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans les anfractuosités du cerveau et à la surface des circonvolutions, comme on peut en rencontrer aussi dans les ventricules. Mais il ne faut pas confondre cette inflammation, provoquée par des lésions qui lui étaient primitivement étrangères, avec l'inflammation granulique spontanée, qui engendre la sérosité et les granulations qui nous occupent.

L'on trouvera plus loin, au chapitre du *diagnostic*, les différences symptomatiques de ces différentes espèces d'inflammation. C'est, je le répète, pour avoir constamment réuni ensemble dans une même description les méningites *granuleuses* et *tuberculeuses*, que l'on supposait, à tort, produites par le même mécanisme, qu'on a assigné indifféremment à l'une et à l'autre, la terminaison par la suppuration, qui appartient beaucoup plus à la seconde qu'à la première.

La même confusion apportée dans les inflammations granuleuses et tuberculeuses de la plèvre et du péritoine, a fait dire aussi que ces inflammations étaient presque toujours purulentes. Cela n'est pas exact : Au point de vue de la purulence, on ne peut pas comparer la pleurésie qui succède à la fonte d'un tubercule dans sa cavité, avec l'inflammation granulique, que je décris ici comme phénomène initial. Il en est de même pour la péritonite ; que de fois il arrive que des tubercules ont envahi les ganglions lymphatiques abdomi-

naux, et forment dans le mésentère de véritables écrouelles qui, soit par leur présence, soit en versant une partie de leur contenu dans le péritoine, y donnent lieu à une péritonite purulente! Que de fois encore des tubercules caséeux de l'intestin, en rapport avec le péritoine, provoquent une péritonite avec purulence! Presque toutes ces pleurésies et ces péritonites *tuberculeuses*, qu'elles soient d'ailleurs, dans leur marche, aiguës, subaiguës ou chroniques, elles produisent du pus, en plus ou moins grande quantité, mélangé à tous leurs autres produits.

Mais, dans l'inflammation granulique des méninges, des plèvres et du péritoine, la sérosité est presque toujours limpide et sans mélange de suppuration.

L'abondance avec laquelle cette sérosité est sécrétée est très-variable. Sa quantité est parfois si petite qu'elle peut passer inaperçue. D'autres fois elle est tellement abondante qu'elle domine les autres altérations, et qu'elle paraît constituer, à elle seule, toute la maladie. Ce sont des cas de ce genre qui ont été décrits comme des espèces d'hydropisie idiopathique.

Un bon nombre des observations rapportées par Dance (1), dans le mémoire si remarquable qu'il a écrit sur l'*hydrocéphale aiguë*, ne sont que des cas de granulie, avec dilatation des cavités cérébrales, par une abondante quantité de sérosité.

Lorsque la sécrétion séreuse s'effectue du côté de la plèvre, elle simule assez souvent un hydrothorax aigu idiopathique, ou pleurésie latente; et, à moins que le sujet qui en est atteint ne succombe plus tard à une tuberculisation véritable, la nature de ces épanchements reste, dans ce cas, presque toujours méconnue.

Je chercherai plus loin (voy. *Diagnostic*) à faire ressortir les signes à l'aide desquels le diagnostic est possible dans ces différents cas.

Il peut arriver aussi parfois que des épanchements séreux,

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1829.

dus à l'inflammation granulique du péritoine, simulent, pendant la vie, une ascite essentielle.

La sérosité qui constitue ces divers épanchements est d'ailleurs fort semblable à celle qui proviendrait d'une inflammation simple, ou rhumatismale ; elle est chargée d'une forte quantité d'albumine et de fibrine en dissolution, qui fait que lorsqu'on la retire des cavités séreuses par l'opération de la paracenthèse abdominale ou thoracique, une bonne partie du liquide se prend en masse gélatiniforme, tandis que le reste demeure avec toute sa liquidité.

Il suffit de chauffer cette sérosité dans un tube à éprouvette, ou d'y ajouter quelques gouttes d'acide nitrique, pour coaguler immédiatement, sous forme de flocons blanchâtres, l'albumine qu'elle renferme en dissolution.

Est-il possible d'établir un rapport entre l'intensité de l'inflammation granulique, envisagée au point de vue de ses phénomènes communs et l'abondance de la sérosité qu'elle produit? Peut-on dire que dans cette inflammation, la quantité de la sécrétion séreuse soit en raison directe ou en raison inverse de la vivacité de l'inflammation, comme mon savant collègue M. Pidoux l'a si bien formulé, à l'occasion de la pleurésie latente, et de l'hydrothorax aigu, dans son mémoire sur les indications de la thoracenthèse ?

La question est assez difficile à résoudre pour l'hydrocéphale aiguë, dans laquelle la quantité de liquide offre parfois un certain rapport avec l'intensité et l'étendue de l'inflammation méningo-encéphalique ; mais il n'en est plus de même pour les épanchements séreux de la plèvre et du péritoine.

Dans ces circonstances, il n'y a presque jamais de rapport entre l'abondance de la sérosité, la rapidité de sa formation et la vivacité de l'inflammation, envisagée au point de vue de la réaction générale qui l'accompagne, et au point de vue de ses phénomènes locaux, tels que douleur, rougeur, etc.

Ce fait vient fortifier l'assertion que j'ai avancée plus haut; à savoir, que l'inflammation granulique est souvent sans vivacité, et qu'elle frappe plutôt l'attention par ses pro-

duits spécifiques, que par les phénomènes inflammatoires communs.

Il est important de signaler, dès à présent, que les adhérences cellulaires qui se développent souvent entre les surfaces séreuses, à la suite de l'inflammation granulique, ne se rencontrent pas en même temps que les épanchements séreux; et que la lymphe fibro-plastique qui s'exsude de la surface enflammée, a bien plus de tendance dans le cas d'épanchement, à se rassembler en granulations à la surface des organes, qu'à s'étaler en nappe, pour donner naissance au tissu conjonctif.

Mais n'anticipons pas sur ce que nous étudierons tout à l'heure.

Il faut toutefois remarquer, à propos de l'anatomie et de la physiologie pathologique de la maladie, que si ces épanchements séreux se forment, dans certains cas, avec une extrême rapidité, ils se résorbent aussi avec une étonnante promptitude. La percussion et l'auscultation mettent du moins cette vérité hors de doute, pour les épanchements du thorax; l'observation montre qu'il en est de même pour les épanchements qui se développent dans l'abdomen; et si l'on veut bien prendre en considération, d'une part, la rapidité d'apparition et de disparition des symptômes cérébraux, qui paraissent dus à la présence du liquide dans les ventricules cérébraux, et, d'autre part, l'absence de cette sérosité cérébrale, à l'autopsie des sujets, qui, pendant leur vie, avaient offert, à un certain moment, des symptômes de nature à faire croire à son existence, on aura, je pense, d'assez bonnes raisons pour supposer que les épanchements des cavités cérébrales se comportent de la même façon que ceux des autres cavités séreuses.

De la lymphe fibro-plastique organisable.

L'inflammation granulique, indépendamment de la sérosité albumino-fibrineuse à laquelle elle donne lieu, a aussi pour effet l'exsudation d'une lymphe fibro-plastique très-ténue à la surface des tissus qu'elle atteint.

Cette lymphe plastique s'exsude en très-petite quantité à la fois, et, sous ce rapport, comme sous celui de ses conséquences, elle diffère considérablement de la sérosité dont je viens de parler. Elle est incolore, transparente, collante au doigt, donne quelque chose de poisseux aux tissus qu'elle revêt, et forme une couche continue, très-mince à leur surface.

Il ne faut pas confondre cette exsudation transparente et ténue avec les exsudations inflammatoires fibrineuses qui se coagulent très-rapidement à la surface des séreuses enflammées, et qui donnent lieu à des fausses membranes grisâtres, souvent très-épaisses, analoguesà la couënne du sang, dite inflammatoire. Sans doute, au point de vue de la chimie animale, ce sont des produits de même nature, des produits albumino-fibrineux ; mais au point de vue de la spécificité des maladies qui les déterminent, ce sont des produits très-différents, et dont l'évolution pathologique ultérieure n'est pas identique.

La lymphe fibro-plastique dont je parle, peut s'organiser très-rapidement en tissu conjonctif, et former de fines adhérences entre les organes contigus. Elle m'a paru liée en général à une inflammation plus active que la sérosité dont il a été question tout-à-l'heure. Cependant il peut arriver que les tissus dont elle s'exsude n'offrent plus aucune rougeur au moment de l'autopsie.

Dans ce cas, comme cette lymphe est tout-à-fait transparente, et qu'elle ne masque en rien la coloration des tissus, elle pourrait passer méconnue, si l'on n'y regardait d'assez près. Il suffit, pour en constater la présence, d'appuyer légèrement le doigt sur la surface qu'elle revêt, et de l'en éloigner ensuite perpendiculairement ; le doigt entraînera ainsi après lui une partie de cette lymphe, sous forme de petits filaments, dont la longueur sera en rapport avec le dégré de viscosité du liquide exsudé. A un dégré plus avancé de son exsudation, ces filaments ne sont pas seulement dus à la consistance sirupeuse du liquide, à sa viscosité ; mais ce sont de véritables filaments de tissu cellulaire, très-élas-

tiques, qui réunissent entre elles les surfaces contiguës; si les filaments ont été rompus en faisant l'autopsie du sujet, on constate leur existence à la surface des tissus par le procédé que je viens d'indiquer.

Si les organes sont encore en place, il suffit de les éloigner doucement les uns des autres, pour apercevoir une foule de petits filaments, aussi fins que des fils d'araignée, qui s'étendent d'une surface à l'autre, et finissent par se rompre, quand la traction est portée trop loin. — En vertu de leur élasticité, ils se rétractent aussitôt, à un tel dégré, sur eux-mêmes, qu'il est extrêmement difficile d'en voir les bouts sur la surface dont ils émergent.

L'existence de ces filaments celluleux, qui existent indépendamment de toute rougeur et de tous signes caractéristiques d'inflammation, entre les surfaces contiguës des membranes séreuses des trois cavités, est de la plus haute importance. comme témoignage de la généralisation de la maladie, dans les cas mêmes où la scène pathologique a paru pendant la vie, limitée dans une seule région.

Il n'y a presque pas un cas de granulie, à forme cérébrale, à forme méningitique, si concentrés qu'en aient été les symptômes du côté de l'encéphale, si aiguë qu'en ait été la marche, qui ne laisse découvrir, à qui sait y regarder, l'existence de cette lymphe fibro-plastique, du côté des plèvres et du péritoine, avec production déjà d'une certaine quantité d'adhérences celluleuses. Et par contre, il n'y a presque aucun cas, non plus, de granulie à forme thoracique ou abdominale prédominante, dans lequel on ne constate aussi, du côté des méninges, le passage de l'inflammation, par la présence de cette même lymphe plastique organisable.

A mesure que l'inflammation qui a donné lieu à cette exsudation fibro-plastique s'éteint, l'organisation de celle-ci en tissu cellulaire, s'accomplit de plus en plus; si bien, qu'au bout de quelques semaines, les surfaces contiguës adhèrent presque complétement entre elles.

On constate aisément l'évolution successive de ce produit, chez les sujets qui ont été primitivement atteints de granulie,

qui ont guéri de cette maladie, et qui succombent, un peu plus tard, à une tuberculisation pulmonaire. On peut aussi en prendre une idée nette, chez les individus qui ayant guéri d'une première atteinte de granulie, sont enlevés, quelques semaines plus tard, par une récidive de la maladie, à forme cérébrale, et chez lesquels il n'existe aucune trace de tuberculisation pulmonaire ou abdominale, à laquelle puissent être rattachées les adhérences pleurales et péritonéales qui existent.

Le produit de l'inflammation granuleuse a encore une extrême importance au point de vue de la nature de la maladie.

Si cette lymphe plastique, qui, je le répète, au point de vue chimique, ressemble à toutes les lymphes inflammatoires, et qui n'est que de la sérosité plus ou moins chargée d'albumine et de fibrine en dissolution, était de même nature pathologique que la sécrétion inflammatoire, qui, dans l'opinion du professeur Cruveilhier, constitue le tubercule, elle ne s'organiserait pas en tissu cellulaire; car, ainsi que le savant professeur le dit lui-même dans son traité d'anatomie pathologique (1) : « La *grande différence* qui existe entre le produit « inflammatoire pseudo-membraneux et le produit inflamma- « toire tuberculeux, c'est que le premier est capable d'orga- « nisation et de vie, tandis que le second est un produit « inerte, et par conséquent incapable d'un travail organique « quelconque. »

Or, constater, d'une part, que l'inflammation qui produit cette sérosité albumino-fibrineuse, n'est pas occasionnée par la présence de tubercules, puisqu'il n'en existe pas encore dans l'économie; et, d'autre part, constater qu'à l'opposé du produit tuberculeux, elle est susceptible de vie et d'organisation, tandis que la matière tuberculeuse est inerte et incapable d'un travail organique quelconque, n'est-ce pas constater de la façon la plus positive la différence spécifique des deux produits?

Passons à l'étude des granulations.

(1) *Loc. citat.*, p. 524.

Des granulations fibro-plastiques.

Les granulations fibro-plastiques, qui s'observent dans cette affection, ont été l'objet d'un très-grand nombre de recherches. Bien étudiées par Bayle, qui en faisait le caractère de sa phthisie granuleuse; bien décrites par Laënnec, qui les a considérées comme l'élément primitif du tubercule, elles ont été, depuis les travaux de ces deux hommes illustres, un objet d'étude continuelle de la part de tous les médecins qui les ont suivis.

Un fait bien remarquable de leur histoire, c'est que malgré tous les travaux qu'elles ont inspirés aux hommes les plus autorisés de notre époque, il règne encore, sur leur cause et sur leur nature, presque autant d'obscurité que du temps de Bayle et de Laënnec; il semblerait en vérité que ces deux hommes de génie aient saisi, du premier coup, tous les éléments du jugement que l'on pouvait porter sur ces corpuscules pathologiques, et qu'en leurs deux opinions adverses, dussent se résumer, dans la suite des temps, toutes celles de leurs successeurs.

En effet, malgré le très-grand nombre d'écrits qui ont été successivement publiés sur les maladies granuleuses, les deux opinions d'autrefois conservent chacune toute leur force : ou les granulations grises demi-transparentes sont des tubercules, ou bien elles n'en sont pas. Ou elles constituent une maladie spéciale, ou bien elles ne sont qu'une forme, qu'un degré de la phthisie tuberculeuse.

Telle a été du temps de Laënnec et telle est encore aujourd'hui la question en litige.

En entreprenant ce travail, je n'ai point la folle prétention de mettre tout le monde d'accord; mais j'espère faire comprendre ce qu'il y a de vrai dans les deux opinions adverses, et comment des produits albumino-fibrineux, primitivement inflammatoires, et indépendants de tout travail de tuberculisation, peuvent devenir à un certain moment le siége de tubercules; car, des deux opinions en présence, il restera

toujours ceci de vrai : à savoir, d'une part, que les granulations fibro-plastiques ne sont pas primitivement du tubercule, et, d'autre part, qu'elles peuvent le devenir à un certain moment.

Il convient d'examiner :

A. — En premier lieu, les caractères anatomiques des granulations au point de vue de leur siége, de leur aspect, de leur couleur, de leur transparence, de leur volume, de leur consistance, et de leur rapport avec les tissus où elles se trouvent.

B. — En second lieu, de passer en revue leurs caractères histologiques, et de les comparer à ceux du tubercule.

C. — En troisième lieu, d'étudier ce qu'elles deviennent dans l'économie.

A. — DES CARACTÈRES ANATOMIQUES DES GRANULATIONS.

De ce que les granulations grises, demi-transparentes, ont surtout été étudiées dans le poumon, il ne faut pas croire qu'elles ont pour cet organe une prédilection exceptionnelle. Si c'est principalement dans le tissu pulmonaire qu'elles ont fixé l'attention de Bayle, de Laënnec, de MM. Andral, Rochoux, Cruveilhier, Natalis Guillot, Louis, et de tant d'autres observateurs éminents; c'est sans doute parce que ces auteurs avaient surtout en vue l'étude des rapports des granulations, avec le tubercule, et que ce dernier produit, comme l'a si bien établi M. Louis, au moyen de la statistique, se développe dans le poumon, de préférence à tout autre organe.

Mais il n'en est pas de même pour les granulations fibro-plastiques, et il n'est pas sans intérêt de remarquer, en vue de leur nature spéciale, que leur lieu d'élection est différent de celui du tubercule proprement dit; les granulations grises se rencontrent, là où j'ai déjà signalé l'inflammation qui les produit; c'est principalement sur les membranes séreuses, sur l'arachnoïde, (1) sur les plèvres, sur le péritoine qu'on les

(1) Je dis *sur* l'arachnoïde; mais il serait plus exact de dire *dessous*; car cette membrane séreuse, au lieu de verser ses produits sur sa surface

rencontre le plus souvent; leur affinité pour le poumon n'apparaît qu'en second ordre.

Il est remarquable aussi que les ganglions lymphatiques qui ont une aptitude si prononcée à être envahis par la tuberculisation, présentent assez rarement des granulations grises, pour qu'il ne m'ait jamais été possible de les y trouver.

Me proposant d'étudier plus loin les granulations en particulier, dans chaque tissu, je serai très-bref ici, sur ce qu'elles offrent de particulier relativement à leur siége.

On a cherché si elles avaient pour lieu de développement un élément anatomique spécial.

Il faut convenir que tous les travaux microscopiques entrepris, afin de déterminer le siége spécial des granulations dans le poumon, n'ont pas beaucoup éclairci la question ; car si la plupart des observateurs ont eu de la tendance à localiser la maladie primitivement dans les vésicules pulmonaires, dans les petites bronches, ou dans les lobules pulmonaires, ainsi qu'ont été amenés à le faire Laënnec, Schrœder Van der Kolk, Carswell, Natalis Guillot, M. Luys, etc ; cette opinion n'éclaire en rien le siége anatomique des granulations, pour tous les autres tissus, où il n'y a pas de vésicules pulmonaires.

D'après la théorie de Virchow sur le mécanisme de production des granulations par prolifération des cellules, le tissu conjonctif serait le seul élément anatomique nécessaire à leur développement; et, comme ce tissu entre, en proportion plus ou moins grande, dans la composition de tous les organes, les granulations seraient susceptibles de se développer partout.

Ne partageant pas l'opinion de l'éminent professeur de la Faculté de Berlin, et me portant ici défenseur de la théorie de l'exsudation phlegmasique, je pense qu'il n'y a probable-

libre, comme le font les autres membranes de même nature, les exsude tout particulièrement, du côté de sa surface adhérente, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

ment pas d'élément anatomique spécial, chargé d'élaborer la lymphe fibro-plastique qui produit la granulation. Cette lymphe s'exsude des tissus par l'effet de l'inflammation spéciale dont ils sont atteints ; et, très-vraisemblablement, par le même mécanisme physiologique qui préside à la formation de tous les exsudats inflammatoires.

Les granulations fibro-plastiques se présentent sous l'aspect de petits grains arrondis, d'une coloration grisâtre (1). « Elles sont demi-transparentes, et quelquefois même, dit « Laënnec, presque diaphanes et incolores, d'une consistance « un peu moindre que celle des cartilages ; leur grosseur « varie, depuis celle d'un grain de millet, jusqu'à celle d'un « grain de chènevis ; leur forme, obronde au premier coup-« d'œil, est moins régulière quand on les examine de près et « à la loupe ; quelquefois même elles sont un peu angu-« leuses ; les granulations que l'on observe à la surface de la « plèvre et du péritoine sont quelquefois incolores, et tout à « fait diaphanes ; d'autres fois grises et seulement demi-« transparentes. »

Cette description des granulations faite par Laënnec est assez parfaite pour qu'il y ait bien peu de chose à y ajouter.

L'illustre auteur de l'auscultation médiate s'est appliqué à donner une raison de la coloration grise des granulations : « Il « est probable (2) que la couleur grise de la matière tuber-« culeuse, dans son premier état de crudité transparente, est « due, en partie, au mélange d'une petite quantité de la ma-« tière noire pulmonaire. J'ai cru remarquer, ajoute-t-il, que « les sujets chez lesquels on trouve les granulations miliaires « les plus transparentes sont ceux dont les poumons con-« tiennent le moins de matière noire. »

L'explication donnée par Laënnec de cette coloration grise, n'est tout au plus acceptable que pour les granulations du poumon ; mais pour celles des membranes séreuses, pour celles des méninges et du péritoine, elle est non-seulement

(1) *Traité d'auscult.*, t. II, p. 17 et suiv.

(2) *Loc. citat.*, p. 29.

insuffisante, mais erronée, car la matière noire pulmonaire n'existe pas dans ces tissus.

Cette coloration grisâtre est d'ailleurs celle de la fibrine du sang, celle que présente ordinairement la couenne fibrineuse qui se forme à la surface d'une saignée ; la couleur blanchit, c'est vrai, par le refroidissement, et au bout de quelques heures; mais au moment de sa séparation du reste du caillot, et au moment où elle est encore diffluente, elle est parfaitement grisâtre, de la teinte des granulations grises; et comme elle aussi, demi-transparente.

Les adhérences celluleuses si abondantes, qui réunissent souvent entre elles les plèvres pulmonaires et pariétales, conservent aussi cette coloration grisâtre, qui est aussi celle du tissu cellulaire de la plupart des régions du corps; il me semble donc inutile de rechercher la cause de la coloration grise des granulations, ailleurs que dans la couleur de la fibrine du sang.

Quant à la demi-transparence, elle s'explique très-bien par la limpidité de l'exsudation avant sa coagulation ; l'espèce de gelée que forme, en se coagulant, la fibrine contenue dans le liquide d'un hydrothorax, est très-transparente aussi, malgré sa coloration plus ou moins ambrée. Les granulations sont d'autant plus diaphanes, d'autant plus transparentes qu'elles sont plus simples; c'est-à-dire, qu'il entre moins d'éléments accidentels dans leur composition, comme des cellules épithéliales altérées, de la matière grasse, de l'albumine coagulée, etc....

La grosseur des granulations est très-variable; mais je ne trouve pas que Laënnec, non plus que la plupart des auteurs qui en ont parlé depuis lui, en ait donné avec exactitude les limites extrêmes. Je lis dans Laënnec que leur grosseur varie depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de chènevis. Or, il arrive très-souvent que la grosseur des granulations est bien au-dessous de celle d'un grain de millet ; elles sont parfois tellement petites, qu'il faut une extrême attention pour les découvrir ; et souvent même le secours de la loupe.

Il est très-rare que dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, que le long des vaisseaux qui serpentent dans la scissure de Sylvius, on rencontre des granulations grises transparentes, ayant acquis le volume d'un grain de millet; ces granulations méningées ne sont souvent pas plus grosses que la pointe d'une épingle, et, sans le secours d'une loupe, elles passent souvent inaperçues.

Il arrive très-fréquemment aussi qu'à la surface du foie, et surtout à celle de la rate, on rencontre les granulations sous l'aspect d'un sable très-fin, que l'on sent encore mieux sous le doigt, qu'on ne l'apprécie à la vue simple.

Les granulations regardées du côté du jour, par transparence, apparaissent souvent à la surface du péritoine et des plèvres, comme des pointes d'épingles brillantes, et il s'en faut de beaucoup dans ces cas que leur grosseur atteigne celle d'un grain de millet.

Quant à acquérir la grosseur d'un grain de chènevis, cela n'a jamais lieu que lorsque les granulations sont déjà en tuberculisation ; ce sont alors de véritables tubercules miliaires grisâtres, opaques, et non des granulations transparentes.

Je conçois d'ailleurs parfaitement comment Laënnec, qui ne voyait entre les granulations grises et le tubercule opaque qu'une différence de degré de développement, a pu indifféremment assigner à la granulation un volume qui n'appartient qu'au tubercule miliaire.

La forme des granulations est variable aussi, comme le dit Laënnec; elle dépend, jusqu'à un certain point, du siége des granulations et de leur consistance.

Lorsque les granulations sont situées de manière à être comprimées, quand elles occupent la plèvre, au niveau des scissures interlobaires du poumon, quand elles siégent à la base du cerveau, et qu'elles offrent peu de consistance, elles perdent leur forme arrondie, hémisphérique, et deviennent aplaties et irrégulières.

Leur consistance est loin d'être toujours comparable à celle du cartilage; sans doute, lorsqu'elles sont déjà anciennes, et surtout lorsqu'elles sont déjà tuberculisées à leur centre, elles

offrent une certaine résistance sous le doigt, et ne se laissent pas très-facilement écraser; mais quand elles sont récentes, et vierges de toute tuberculisation, leur consistance est beaucoup moindre, et il est très-facile de les aplatir sous le doigt; il faut même être prévenu de ce peu de résistance des granulations récentes; celles, par exemple, qui se développent sur le cerveau, dans la forme cérébrale de l'affection granulique, sont souvent si petites encore, et si molles, au moment où la mort surprend le malade, qu'en faisant l'autopsie du cadavre, on courra grand risque de ne pas les voir, si, se fiant à leur consistance, réputée cartilagineuse, on passe le doigt sur les points qu'elles occupent. On les aplatit ainsi, on leur fait perdre leur relief et leur brillant; et comme elles ne sont pas plus grosses que des têtes d'épingles, on les méconnaît facilement.

Laënnec fait remarquer (1) que « le tissu pulmonaire est « ordinairement parfaitement sain et crépitant autour des « tubercules, (*granulations*) et il l'est d'autant plus qu'ils « sont plus petits, et qu'on les examine à une époque plus « rapprochée de celle de leur développement. »

Cette assertion de Laënnec n'est pas exacte; le tissu pulmonaire dans la forme thoracique de la maladie, dans ce qu'on appelle la *phthisie galopante*, n'est pas aussi parfaitement sain qu'il le dit. Sans doute le poumon conserve sa crépitation; mais il n'en est pas moins le siége d'un engouement considérable; et l'état asphyxique dans lequel succombent certains malades, tient certainement beaucoup plus, dans cette forme de la maladie, à l'engouement inflammatoire des poumons, qu'à la présence des granulations.

Il importe d'ailleurs de bien faire remarquer qu'il n'y a pas de rapport direct entre l'abondance des granulations, et l'intensité de l'inflammation qui les produit. C'est là un fait clinique qui n'a pas encore été suffisamment médité.

Dans le poumon, comme partout ailleurs, la vitalité des organes peut être fortement impressionnée par l'inflamma-

(1) *Loc. citat.*, p. 23.

tion spécifique, alors même qu'il n'y a encore presqu'aucune production granuleuse.

L'état des tissus et des organes, autour des granulations, a toujours été mal interprété : les choses se passent dans le thorax, comme dans la tête et dans l'abdomen.

L'inexactitude de l'assertion de Laënnec est mise en évidence dans la forme cérébrale de l'affection, par presque tous les faits cliniques.

En effet, chez les individus qui meurent rapidement de méningite granulique, les autopsies démontrent, contrairement à l'opinion de Laënnec, que les lésions inflammatoires, du côté des méninges et du cerveau, sont d'autant plus fortement accusées, que les granulations sont plus petites, plus molles, plus récentes.

Il en est de même pour toutes les membranes séreuses; lorsque l'inflammation s'allume avec vivacité, que la douleur et l'hypérémie dominent encore tout autre phénomène morbide, que la lymphe, qui s'exsude des tissus inflammés, est encore différente et sans traces de coagulation ni d'organisation, les granulations grises n'existent pas encore, on ne les rencontrera que plus tard. L'inflammation granulique doit être considérée comme l'acte d'élaboration de la matière qui formera les granulations grises; mais une fois cette substance élaborée par l'acte inflammatoire, celui-ci cesse; l'inflammation s'éteint, tandis que son produit continue une évolution pathologique, désormais indépendante de l'inflammation, qui en a été primitivement l'origine.

Cela explique le peu de rapport qu'il y a presque toujours entre les phénomènes aigus de l'inflammation et le nombre, la grosseur et l'ancienneté des granulations.

La théorie des inflammations tuberculeuses avait incontestablement devancée l'expérience des faits cliniques; comme on cherchait à expliquer l'inflammation par la présence des granulations, on les voulait suffisamment grosses et nombreuses pour irriter les tissus. On n'avait pas assez regardé avant d'expliquer : voilà tout.

B. — DES CARACTÈRES HISTOLOGIQUES DES GRANULATIONS.

Depuis plusieurs années les micrographes se sont beaucoup occupés des granulations grises, au point de vue des éléments anatomiques qui les constituent.

M. le professeur Robin, en s'appuyant sur les données de l'histologie me paraît avoir établi définitivement les différences qui existent entre les granulations grises et le tubercule proprement dit.

Mon savant collègue, M. Bouchut, a fait aussi de la structure des granulations grises l'objet de recherches nombreuses, et, après avoir étudié ces produits pathologiques avec M. le professeur Robin, il a consigné dans son *Traité pratique des maladies des nouveau-nés* (1) le résultat des recherches qu'il a faites, en commun avec l'illustre professeur.

Je ne saurais mieux faire, pour donner une idée juste de la structure des granulations grises, que d'emprunter à ces auteurs la description si nette qu'ils en ont donnée. Je mettrai toutefois aussi à contribution les intéressants travaux de mes honorables collègues, M. Luys (2) et M. Vulpian (3) pour la rédaction de cette partie de mon travail.

Je diviserai avec M. Vulpian les éléments anatomiques qui constituent les granulations grises demi-transparentes, en éléments *constants*, et en éléments *accidentels* ou *adventices*.

A. — Parmi les premiers se rencontrent :

1° De la matière amorphe parsemée de granulations moléculaires ;
2° Des éléments fibro-plastiques en quantité variable ;
3° Des fibres du tissu cellulaire, des éléments normaux du tissu conjonctif.

(1) 4e édit., p. 356 et suiv.

(2) Luys. — Thèse inaug. 1851. — *Étude d'histologie pathologique sur le mode d'apparition et d'évolution des tubercules dans le tissu pulmonaire.*

(3) Vulpian, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, t. V, p. 35.

B. — Parmi les seconds se trouvent :

1° Les cellules épithéliales ;
2° Les granulations graisseuses;
3° Des éléments provenant des tissus et des organes, sur lesquels se sont développées les granulations.

Arrêtons-nous un instant sur ces divers éléments.

A. — *Éléments constants.*

1° La matière amorphe est assez abondante, et forme la gangue de la production morbide. Sa consistance est assez variable , suivant la quantité d'eau qui y est incorporée ; elle est parsemée de fines granulations moléculaires grisâtres, à contours indéterminés. Parmi ces granules moléculaires très-petits, on en trouve quelques-uns plus gros, dont les dimensions peuvent atteindre, selon M. Vulpian, un diamètre de 1 à 3 millièmes de millimètre, figurant ainsi des sortes de molécules ou de noyaux libres.

Cette matière amorphe l'emporte quelquefois beaucoup sur la proportion des autres éléments constituants de la granulation. Peut-on la considérer comme un plasma, comme un véritable blastème, au sein duquel se développent les autres éléments anatomiques de la granulation? Cette opinion, vers laquelle paraît incliner fortement mon collègue, M. Luys, dans la thèse très-remarquable que j'ai déjà citée, est, au contraire, rigoureusement repoussée par M. Vulpian, qui s'appuie, pour la combattre, sur l'autorité de M. Virchow. — D'après les recherches de cet auteur, la matière amorphe serait, contrairement à ce que j'ai avancé tout à l'heure, toujours en proportion égale avec les autres éléments constituants des granulations ; de sorte que, quel que soit l'âge de celles-ci, les éléments anatomiques, noyaux, cellules, fibres fusiformes, seraient toujours en proportion égale, d'où le savant pathologiste tire cette conclusion, qu'ils sont tous contemporains. — Je me suis assez étendu précédemment sur l'exsudation générale qui précède, sur les membranes séreuses, l'appari-

tion des granulations, pour qu'il soit inutile de m'arrêter ici à réfuter l'opinion de M. Virchow.

2° Les éléments fibro-plastiques se présentent dans les granulations avec leurs trois variétés : noyaux, cellules et fibres fusiformes.

Les noyaux sont les plus nombreux ; ils ont une dimension variable de trois à treize millièmes de millimètre de diamètre ; ils sont arrondis ou elliptiques ; ce sont les plus volumineux qui affectent la dernière forme. « Ils n'ont pas, en gé-« néral, de véritables nucléoles, écrit M. Vulpian (1), mais « quelques-uns d'entre eux en ont un ou deux, ou même « trois ; généralement, les noyaux les plus gros, ceux qui « sont elliptiques, sont en même temps nucléolés.

« Lorsqu'on compare entre eux les noyaux de différente « dimension, on comprend que l'on a sous les yeux des âges « différents d'une même espèce d'éléments. Dans certains « cas, on trouve un grand nombre de noyaux transparents, « d'une dimension à peu près uniforme, de quatre à six mil-« lièmes de millimètre de diamètre. Ce sont ces noyaux qui « ont reçu de M. Ch. Robin le nom de cystoblastions. Ce ne « sont que des noyaux jeunes, et dont le développement ra-« pide a, pour ainsi dire, épuisé dès les premiers temps la « puissance d'évolution. »

Les cellules, d'après MM. Robin et Bouchut, sont moins nombreuses que les noyaux, et sont généralement ovoïdes ; quelques-unes ont des prolongements à leur contour, ce qui les rend irrégulières ; elles renferment un noyau ovoïde caractéristique ; quelques-unes peuvent renfermer un noyau arrondi, semblable à ceux dont il a été question tout à l'heure. Les granulations incluses dans les cellules fibro-plastiques sont toujours très-fines et uniformément distribuées ; aussi cette variété des éléments offre-t-elle toujours une grande transparence.

« Les fibres fusiformes, continue mon savant collègue, « M. Bouchut, sont moins nombreuses que les éléments qui

(1) *Loc. citat.*, p. 38.

« précèdent; elles sont pâles et transparentes, peu granu-
« leuses; leur longueur est variable; on en trouve de courtes,
« comme celles des granulations de la péritonite et de la
« pleurésie chroniques. Il n'est pas rare de les rencontrer
« avec une extrémité tronquée près du noyau. Ce dernier est
« généralement ovoïde, mais quelquefois on le trouve avec
« une forme sphérique. »

3° « Au nombre des éléments constants, dit M. Vulpian (1),
« nous devons inscrire aussi les éléments normaux du tissu
« conjonctif. Nous avons dit que, parmi les noyaux contenus
« dans les granulations grises, s'en trouvent quelques-uns
« qui sont elliptiques, et d'un volume assez considérable. Ces
« noyaux appartiennent à l'ordre des éléments bien connus
« du tissu conjonctif. Mais tandis que, dans certains cas, ils
« sont peu nombreux, qu'il faut le secours de l'acide acéti-
« que pour les apercevoir, au milieu de la matière amorphe,
« et des autres éléments, quelquefois ils deviennent plus
« nombreux, et se discernent immédiatement et sans peine.
« Outre ces noyaux, on peut rencontrer des corps fusiformes,
« munis d'un noyau allongé; et parfois ces corps fusifor-
« mes sont en assez grand nombre; enfin, on démêle ordi-
« nairement, au milieu des autres éléments, des fibrilles de
« tissu conjonctif, ou de tissu élastique. En résumé, ajoute
« mon honorable collègue, les granulations sont constituées
« essentiellement par une matière amorphe, finement gra-
« nuleuse, au milieu de laquelle se trouvent des éléments
« figurés : noyaux libres, cellules sphéroïdales, régulières ou
« irrégulières, corps fusiformes, et autres éléments du tissu
« conjonctif. »

B. — *Éléments accidentels ou adventices.*

1° Il arrive parfois que les granulations grises présentent un certain nombre de cellules épithéliales; M. Robin les a principalement observées dans les granulations qui provenaient du tissu pulmonaire; mais on conçoit, comme le fait

(1) *Loc. citat.*, p. 38.

remarquer M. Vulpian, que chaque fois qu'elles se développent sur des points du corps où existent normalement des cellules épithéliales, celles-ci peuvent s'y rencontrer, en plus ou moins grand nombre, à titre d'éléments accidentels ; elles peuvent d'ailleurs conserver leur aspect normal, ou bien être plus ou moins altérées et graisseuses. Ces cellules d'épithélium se rencontreraient surtout à la périphérie des granulations, et beaucoup plus rarement dans leur intérieur même. Ce qui arrive cependant quelquefois, d'après M. Vulpian, lorsque des groupes plus ou moins considérables de cellules ont été circonvenus et enserrés par la production morbide.

Ces cellules sont alors remplies de granulations graisseuses, et, même parfois, de granulations pigmentaires.

2° Parmi les éléments adventices, on doit placer les granulations graisseuses. Bien que M. Vulpian en ait rencontré assez fréquemment dans la substance amorphe des granulations demi-transparentes, pour les regarder comme un élément presque constant de ces productions pathologiques, il me paraît, néanmoins, d'après toutes celles que j'ai examinées moi-même, que les granulations graisseuses appartiennent, le plus souvent, à un commencement de tuberculisation ; et, qu'à ce titre, elles doivent être véritablement considérées comme éléments accidentels.

3° Selon les parties du corps où se développent les granulations grises, elles peuvent enfin, dans quelques cas très-rares, embrasser dans leur formation des éléments divers, dépendant des organes sur lesquels on les a rencontrés.

C'est ainsi que M. Vulpian dit avoir rencontré quelquefois des tubules rénaux, des glomérules de malpighi dans des granulations grises, qu'il avait isolées avec le plus grand soin du tissu rénal.

En définitive, les granulations grises demi-transparentes sont constituées par de la matière amorphe granuleuse, et par les divers éléments du tissu cellulaire ; elles contiennent, en outre, accidentellement, des cellules d'épithélium, provenant des divers tissus d'où elles proviennent, et des granulations graisseuses qui marquent déjà, le plus souvent, un

commencement de désorganisation et de métamorphose régressive.

Si l'on compare actuellement les éléments anatomiques dont sont formées les granulations demi-transparentes, avec les éléments qui constituent les tubercules proprement dits, on constatera que les différences qui existent entre ces deux produits, examinés à l'œil nu, se continuent sur le champ du microscope. J'emprunte à M. Lebert la description des caractères microscopiques des tubercules, telle qu'il l'a donnée, lui-même, dans son mémoire inséré dans le journal l'*Expérience*, pour le mois de mars 1844 : « Les éléments « constants du tubercule sont : des granules moléculaires, « une substance interglobulaire hyaline, et les corpuscules, « ou globules propres aux tubercules. Ils ont de 1/100 à 1/150 « de millimètre; leur forme est irrégulière, à angles arron- « dis; leurs contours sont ordinairement très-distincts; ils « renferment dans leur intérieur jaunâtre, un peu opalin, « un certain nombre de granules moléculaires, mais point « de noyaux. L'eau, l'éther et les acides faibles ne les altè- « rent presque pas; les acides concentrés, de même que « l'ammoniaque liquide, et la solution concentrée de potasse « caustique, les dissolvent.

« 2° Les variations de dimensions des globules du tuber- « cule, sont indépendantes de l'âge et des organes dans les- « quels les tubercules sont disposés.

« 3° L'opinion que la substance tuberculeuse et ses globules « ne sont qu'une modification du pus, est réfutée par l'ins- « pection microscopique, qui montre des différences tranchées « entre les corpuscules du tubercule et ceux du pus. Les der- « niers sont plus grands, régulièrement sphériques, contenant « de un à trois noyaux, et offrant une surface grenue, comme « framboisée; ils sont ordinairement libres et isolés, tandis « que ceux du tubercule, surtout à l'état cru, sont étroitement « unis ensemble. Les globules du cancer sont de deux à quatre « fois plus grands, et renferment un noyau, dans lequel on « trouve souvent de deux à trois nucléoles.

« Lorsque le tubercule se ramollit, sa substance interglo-

« bulaire se liquéfie, les corpuscules se désagrègent, s'arron-
« dissent, et peuvent, en absorbant du liquide, paraître plus
« volumineux ; cela ne constitue pas un accroissement, mais,
« au contraire, un commencement de décomposition. »

Du parallèle précédent, on doit nécessairement conclure que les granulations et les tubercules sont des produits pathologiques, considérablement différents, non-seulement par leurs caractères extérieurs, mais encore, et surtout, par leurs caractères histologiques.

Cependant la différence qui existe entre les éléments constituants des granulations grises, et ceux du tubercule proprement dit, si bien établie qu'elle soit aujourd'hui, ne suffit pas pour convaincre tout le monde, que les granulations grises ne sont pas du tubercule. Pour quelques-uns, c'est toujours l'image de la chenille et du papillon ; c'est le même être, sous deux formes successives.

Ainsi M. Vulpian, après avoir été entraîné, en 1856, (1) à l'opinion de M. Robin, sur la nature spéciale des granulations grises, revient en 1861, à l'ancienne opinion de Laënnec, et conclut dans la note qu'il a lue à la société médicale des hôpitaux, que les granulations grises ne sont pas un produit morbide distinct du tubercule ; qu'elles constituent la première phase du développement du tubercule.

C. — DE L'AVENIR DES GRANULATIONS DANS L'ÉCONOMIE.

Si l'on a bien saisi jusqu'ici le processus pathologique ; et si l'on n'a pas perdu de vue que les lésions granuleuses, que l'on vient d'étudier, relèvent d'un état morbide général aigu, dont l'activité pathologique s'épuise dans les tissus, à mesure que se dessinent ses produits, on comprendra de suite, combien il est utile et intéressant de connaître l'avenir réservé à ces productions morbides ; car si le malade qui les porte a été assez heureux, pour guérir de l'état morbide général qui y a donné lieu, et qui pouvait l'enlever, par son

(1) 1856. *Bull. de la Soc. biolog.*

acuité, en quelques semaines, il est important de savoir jusqu'où son existence est encore menacée; et si les produits granuleux, disséminés dans l'économie, sont fatalement pour lui une cause de mort plus ou moins prochaine; s'ils doivent nécessairement se tuberculiser, et si, en définitive, il n'a échappé au danger pressant d'une mort rapide, que pour entrer presqu'aussitôt après, dans les angoisses d'une froide et lente agonie.

Presque tous les travaux pathologiques, entrepris sur l'origine et l'évolution des tubercules, ont prouvé que les granulations grises pouvaient devenir du tubercule; ce fait de la tuberculisation *possible* des granulations, est aussi bien démontré aujourd'hui par l'anatomie pathologique, que par la clinique, et il ne peut être l'objet d'aucune contestation sérieuse.

Mais le double point sur lequel tous les auteurs ne sont pas d'accord, c'est, d'une part, si le tubercule est nécessairement précédé par la granulation, comme le papillon l'est par la chenille; et, d'autre part, si les granulations doivent constamment, nécessairement, se transformer en tubercules.

Jetons un coup d'œil sur l'opinion des auteurs, à ce sujet.

Dans l'opinion de Laënnec, la granulation grise précéderait toujours le tubercule; et ces deux produits, identiques par leur nature, représenteraient seulement deux âges successifs de la même lésion.

Indiquant alors le mode de tuberculisation de la granulation :

« Un petit point, dit-il, (1) d'un blanc jaunâtre et opaque,
« se développe au centre de chacune d'elles, et gagnant du
« centre à la circonférence, envahit la totalité du tubercule;
« à mesure qu'il grossit, on distingue très-bien les petits
« points jaunes, indicateurs des centres de chaque tubercule
« isolé, et la zone de matière grise, non encore envahie, qui
« les entoure. »

L'observation de l'illustre auteur du *Traité d'auscultation*

(1) *Traité d'auscult.*, t. II, p. 21.

est parfaitement exacte, et la transformation de la granulation grise en tubercule s'accomplit bien, quand elle a lieu, ainsi qu'il la décrit; mais de ce que la granulation est parfois envahie par la tuberculisation, s'ensuit-il qu'elle soit toujours nécessaire au développement du tubercule? et que l'existence du tubercule implique l'existence préalable de la granulation?

Cela prouve-t-il que tout tubercule commence nécessairement par une granulation? Il est permis d'en douter! et il est très-discutable que cette origine soit constante et nécessaire au tubercule.

Si quelques faits particuliers sont en faveur de cette opinion, d'autres faits beaucoup plus nombreux la controuvent.

En premier lieu, leur siége de prédilection, dans l'économie, n'est pas précisément le même; l'inflammation granulique a une extrême tendance à se développer sur les membranes séreuses, tandis que les tubercules, proprement dits, ont plus d'affinité pour le poumon. — Ils ont également une très-grande affinité pour le tissu des ganglions lymphatiques, tandis que ceux-ci, contrairement à l'opinion de M. Papavoine, ne sont presque jamais le siége des granulations grises; du moins, dans tous les cas de phthisie galopante, et de fièvre cérébrale, que j'ai observés, j'ai constamment cherché la présence des granulations dans les ganglions lymphatiques des diverses régions de l'économie, et je ne les ai jamais trouvées.

J'ai vu avec plaisir que M. Louis (1), dont personne ne récusera l'autorité en pareille matière, n'a pas été plus heureux que moi à cet égard dans ses investigations, et qu'il n'a jamais rencontré non plus de granulations demi-transparentes dans les ganglions lymphatiques.

En second lieu, cette transformation possible de la granulation en tubercule, si bien constatée par Laënnec, ne prouve nullement que les choses se passent toujours ainsi. Les observations cliniques qui sont relatées plus loin, me parais-

(1) Art. tuber., *Dict. de méd.* en 30 vol.

sent, au contraire, mettre hors de doute que des individus, atteints de granulie, peuvent guérir, non-seulement de l'état aigu, qui engendre les poussées granuleuses, mais encore des granulations elles-mêmes, qui peuvent se convertir en tissu cellulo-fibreux, complétement inoffensif pour l'organe qui le recèle.

D'après l'opinion émise par mon ami, M. Luys, le ramollissement n'aurait même d'autre cause (1) « qu'un défaut « d'aptitude des parties centrales de ces mêmes dépôts, à « s'organiser en noyaux et en cellules, à s'allonger en cel- « lules fusiformes, et à se condenser en tissu fibroïde. »

M. Louis a suivi dans le poumon la tuberculisation des granulations grises, et a parfaitement indiqué, dans ses recherches sur la phthisie, que cette tuberculisation commençait par celles du sommet des poumons, et envahissait promptement les autres de haut en bas, jusqu'à la base du poumon. « A une certaine époque de leur existence, écrit-il, les gra- « nulations offraient un point jaune et opaque au centre ; ce « point avait d'autant plus de largeur qu'elles étaient plus « rapprochées du sommet des poumons; en sorte, qu'en exa- « minant les viscères de bas en haut, on y trouvait ordinai- « rement, dans l'ordre suivant, des granulations grises demi- « transparentes, des granulations louches et jaunâtres à l'in- « térieur, et enfin des granulations d'un blanc jaunâtre dans « toute leur épaisseur, c'est-à-dire complétement tubercu- « leuses. Ces dernières étaient ordinairement les seules qu'on « observait au sommet des poumons. »

L'auteur que je viens de citer, tout en constatant la transformation des granulations grises en tubercules, n'en conclut pas que ce soit le mode exclusif de développement des tubercules dans les organes; il pense seulement que c'est le mode le plus fréquent ; il reconnaît d'ailleurs, très-judicieusement, qu'il y a des organes où la matière tuberculeuse ne paraît avoir été précédée par les granulations à aucun moment ; c'est ainsi, comme je le disais tout à l'heure, qu'il

(1) *Loc. citat.*

n'a jamais rencontré celles-ci dans les ganglions lymphatiques qui ont cependant une aptitude si manifeste à la tuberculisation.

MM. Rilliet et Barthez (1) ont vu, comme tout le monde, que les granulations grises étaient susceptibles de tuberculisation ; mais, pour ces auteurs, le tubercule miliaire et la granulation jaune, peuvent naître d'*emblée* dans les organes, tout aussi bien que les granulations grises.

Je ne fatiguerai pas davantage le lecteur en lui rappelant les opinions de tous ceux qui admettent la tuberculisation des granulations grises. Une plus longue excursion dans le domaine bibliographique, sans apprendre rien de nouveau sur le sujet qui nous occupe, entraînerait nécessairement à une étude du tubercule proprement dit, plus particulière qu'il ne convient ici.

Qu'il me suffise de rappeler en terminant, que MM. les professeurs Andral et Cruveilhier ont assigné chacun au tubercule, une origine toute différente de la granulation grise ; et que, selon M. Rochoux, il serait formé primitivement par un petit corpuscule rougeâtre qui n'a aucun rapport avec les granulations dont il est ici question.

Remarquons encore que les tubercules atteignent souvent le volume d'un pois, et même d'une noisette; or, est-il rationnel d'admettre que la substance de la granulation, dont le volume atteint, au maximum, celui d'un grain de millet puisse produire une telle masse ! Cela me paraît complétement impossible.

En supposant que la tuberculisation de la substance grise, ne soit qu'un état regressif, et que le tubercule puisse être considéré comme une granulation morte, il ne faut pas perdre de vue, que le tubercule grossit progressivement; que, par conséquent, une nouvelle matière s'ajoute à la première ; or, cette seconde matière est d'*emblée tuberculeuse ;* car on ne voit plus le travail inflammatoire granulique y présider; on ne voit pas de la nouvelle matière grise être continuellement

(1) Rilliet et Barthez, *Maladies des enfants.*

secrétée, et se transformer en matière tuberculeuse, au fur et à mesure que grossit le tubercule ; et c'est précisément ce qui arriverait, si la matière grise devait nécessairement précéder la dégénérescence tuberculeuse; et si le tubercule n'était véritablement qu'un degré plus avancé de son évolution.

Il me paraît donc établi que, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas admettre que des granulations grises précèdent toujours le tubercule, et soient nécessaires à son développement.

Actuellement, lorsqu'à la suite de l'inflammation granulique, des granulations se développent dans les organes, leur tuberculisation est-elle nécessaire, est-elle fatale? Ces granulations peuvent-elles rester et devenir, dans l'économie, quelque chose de différent du tubercule ?

Sans anticiper sur la partie clinique de mon travail, d'où il ressortira, je l'espère, que la granulie n'est pas aussi constamment mortelle qu'on l'a cru jusqu'ici, qu'il me soit permis de faire remarquer, dès à présent, qu'il n'y a guère de vieux praticiens qui ne comptent dans leur clientèle particulière, un ou deux cas de guérison de la forme la plus terrible de la granulie, la fièvre cérébrale, la méningite granuleuse ; et quand, parmi ces praticiens, figurent les noms des Guersant, des Blache et des Trousseau, l'idée d'une erreur de diagnostic de leur part, me paraîtrait mal venue. Il faut bien admettre que, dans ces cas de guérison, les granulations ne sont pas devenues des tubercules.

M. le professeur Cruveilhier, qui admet la curabilité des tubercules à tous les degrés, pense aussi que les granulations peuvent guérir, et il décrit des granulations miliaires de guérison, de la manière suivante :

« Ce sont, dit-il (1), de petits grains durs constitués par un « kyste fibreux, relativement très-épais, contenant une ma- « tière dure, semblable, tantôt à du mastic de vitrier des- « séché, tantôt à une matière crétacée pulvérulente, à un

(1) *Anat. path. gén.*

« petit gravier..... Les granulations miliaires de guérison, « sont presque toujours mélaniques, avec diverses nuances. »

Le mode de guérison des granulations grises, décrit par M. le professeur Cruveilhier, me paraît être celui que l'on constate, le plus souvent, pour les granulations du tissu pulmonaire; mais il ne me paraît pas être celui qui s'observe ordinairement pour les granulations des membranes séreuses.

Pour prendre une idée exacte de ce que deviennent les granulations grises qui ne se tuberculisent pas, il faut les étudier chez les individus qui ont guéri de la granulie, et qui succombent, quelques mois ou quelques années plus tard, soit à une maladie étrangère à toute espèce de tuberculisation, soit à une tuberculisation pulmonaire chronique. C'est particulièrement chez ces derniers, et après avoir assisté moi-même à la période aiguë de leur affection, que j'ai pu constater la manière dont se guérissent les granulations sur les membranes séreuses.

Chez les individus qui succombent, douze ou quinze mois après une granulie, on rencontre du côté des plèvres, et du côté du péritoine, des traces non équivoques de leur ancienne affection; on trouve non-seulement, en plus ou moins grande quantité, les adhérences celluleuses dont j'ai déjà parlé, et qui ont acquis d'autant plus de résistance qu'elles sont plus anciennes; mais on trouve aussi de petites taches blanchâtres, ressemblant beaucoup, pour la coloration, aux plaques laiteuses du péricarde; elles ont la dimension de très-petits grains de millet, et sont souvent encore beaucoup plus petites; elles font si peu de saillie au-dessus du plan de la membrane séreuse, et leur surface est tellement lisse, qu'on ne les sent pas, le plus souvent, en passant le doigt sur elles. Leur contour n'est pas toujours très-nettement accusé; ce qui tient à ce que la teinte blanchâtre, un peu nacrée, qu'elles présentent, s'affaiblit progressivement de leur partie centrale vers leur périphérie; elles sont extrêmement minces; cependant il est facile, par une section perpendiculaire à leur surface, de constater, qu'au point où elles existent, la séreuse n'a pas

seulement changé de couleur, mais qu'elle est doublée d'un tissu accidentel, qui n'est autre chose que du tissu cellulo-fibreux.

Le siége de ces petites productions, sur les membranes séreuses, est tout à fait celui des granulations grises; on les trouve principalement entre les scissures pulmonaires, sur la plèvre diaphragmatique, sur la face externe de la rate, sur celle du foie, sur le péritoine diaphragmatique, etc....

Chez un homme de soixante ans, qui vint mourir dans mon service, d'une maladie de Bright, et qui, plusieurs années auparavant, avait eu des crachements de sang, et probablement aussi une granulie, je trouvai des lésions granuleuses évidemment très-anciennes.

Les poumons présentaient une cinquantaine, au moins, de petites granulations miliaires, tout à fait semblables à celles que M. le professeur Cruveilhier a décrites sous le nom de granulations miliaires de guérison.

Elles étaient enkystées par du tissu fibreux. La matière qui les constituait était blanchâtre, et avait l'aspect de plâtre desséché, très-légèrement granuleux. La plupart de ces petits grains étaient très-durs sous le doigt et avaient la grosseur de grains de millet; quelques-uns plus gros, situés tout à fait dans le sommet des poumons, étaient de véritables tubercules crétacés.

Sur les plèvres de cet individu, on rencontrait, des deux côtés, un nombre considérable de filaments celluleux très-fins, qui s'allongeaient notablement avant de se rompre, pendant qu'on opérait l'extraction des poumons. Entre les lobes pulmonaires, il n'y avait que très-peu d'adhérences, mais beaucoup des petites taches laiteuses, dont je viens de parler; elles devenaient plus nombreuses en se rapprochant du fond de la scissure interlobaire, que près du bord libre du poumon.

Plusieurs de ces petites taches offraient assez d'épaisseur pour être appréciables entre les doigts.

A la surface de la rate, on trouvait aussi d'anciennes granulations très-nombreuses; elles avaient acquis une teinte

d'un blanc nacré, et, malgré leur peu d'épaisseur, elles offraient une consistance presque cartilagineuse.

Sur la face supérieure du foie, on rencontrait aussi quelques-unes de ces taches blanchâtres, ainsi que sur le péritoine diaphragmatique.

Je pense donc qu'il ne faut pas considérer la tuberculisation des granulations grises comme une terminaison toujours constante, nécessaire et fatale; et que, dans quelques circonstances qui seront appréciées plus loin, dans la partie clinique de mon travail, ces granulations peuvent rester dans l'économie à l'état de tissu cellulo-fibreux, sans être, par leur présence, une cause d'accidents sérieux.

CHAPITRE III

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA GRANULIE,

CONSIDÉRÉE EN PARTICULIER SUR LES DIFFÉRENTS TISSUS DE L'ÉCONOMIE.

Étude particulière de l'anatomie pathologique de l'inflammation granulique des membranes séreuses, des viscères et des organes parenchymateux, des membranes muqueuses.

Si générale que soit l'affection granulique, elle restreint toutefois ses lésions anatomiques à un nombre limité de tissus; aussi, après avoir jeté un coup d'œil d'ensemble sur l'anatomie pathologique de la maladie, est-il utile d'examiner, en particulier, l'état des organes qui sont le plus expressément intéressés.

Parmi les tissus qui sont le plus susceptibles de recevoir les manifestations locales de cette affection, les membranes séreuses occupent le premier rang; c'est donc sur leurs altérations qu'il convient, en premier lieu, d'appeler l'attention.

I.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INFLAMMATION GRANULIQUE SUR LES MEMBRANES SÉREUSES.

Inflammation granulique de l'arachnoïde, des plèvres, du péricarde et de l'endocarde, du péritoine, des séreuses articulaires, de la tunique vaginale, des séreuses vasculaires.

Entrevues par Morgagni, par de Haën, les inflammations granuleuses des membranes séreuses furent particulièrement indiquées par Bichat, qui compara les granulations sur

le tissu séreux aux éruptions miliaires de la peau. Cependant l'illustre auteur du *Traité des membranes*, dominé par son esprit généralisateur, fut plus vivement frappé par ce que ces inflammations des membranes séreuses ont de commun, que par ce qu'elles ont de particulier, et il s'attacha bien davantage aux différences qu'elles reçoivent de la nature anatomique des tissus, qu'à celles qui relèvent directement de la spécificité de leur cause.

Un des caractères particuliers aux inflammations granuleuses, c'est non-seulement de se développer sur les membranes séreuses, de préférence à tout autre tissu, mais encore d'avoir, dans le tissu séreux lui-même, un lieu d'élection.

En effet, toutes les membranes séreuses de l'économie n'ont pas une aptitude égale aux inflammations granuliques; autant l'arachnoïde, la plèvre et le péritoine sont prédisposés à cette espèce d'inflammation, autant le sont peu les membranes articulaires, et les membranes séreuses cardiaques et vasculaires.

Au point de vue de la spécificité, il n'est pas sans intérêt de remarquer, en passant, que, parmi les membranes séreuses qui peuvent être atteintes de cette inflammation, ce sont précisément celles qui sont le plus susceptibles à la cause rhumatismale, qui sont frappées, le moins souvent, par l'inflammation granulique.

Il ne sera pas sans importance d'examiner, dans le cours de ce chapitre, si la tuberculisation proprement dite, lorsqu'elle survient d'emblée, affecte toujours les mêmes membranes séreuses que la granulie; si on rencontre aussi fréquemment de vrais tubercules sur l'arachnoïde, sur les plèvres et sur le péritoine, en l'absence de toute inflammation granuleuse antérieure, que consécutivement au dépôt des granulations fibro-plastiques.

En passant en revue les diverses membranes séreuses, nous examinerons si le tubercule affecte plutôt le cerveau que l'arachnoïde; le poumon et les ganglions bronchiques que la plèvre; les ganglions mésentériques et la membrane muqueuse de l'intestin que le péritoine; en un mot, si le lieu

d'élection des granulations est le même que celui des tubercules.

L'inflammation granulique des membranes séreuses ayant déjà servi, en grande partie, de type à ma description, je serai très-bref ici sur ce qu'elle offre de général.

C'est principalement sur les membranes séreuses que l'on peut constater la succession des phénomènes inflammatoires, depuis la congestion hyperémique jusqu'à l'exsudation de la lymphe fibro-plastique organisable, qui donne lieu, plus tard, aux adhérences celluleuses, et aux granulations grises demi-transparentes. Ces granulations se développent sur les diverses membranes séreuses, soit sur leur face libre, soit sur leur face adhérente au viscère, selon l'état de la trame cellulo-vasculaire qui les supporte.

M. Cruveilhier admet les granulations à la surface libre des membranes séreuses, et dans le tissu cellulaire sous-séreux. A cette occasion, il fait judicieusement remarquer que là, où le tissu cellulaire sous-séreux, est le plus rare et le plus dense, tel à la surface interne du péricarde, à la surface interne de la dure-mère, tapissée par le feuillet pariétal de l'arachnoïde, on ne rencontre, pour ainsi dire, jamais de granulations, tandis qu'elles sont fréquemment observées à la surface externe du péricarde, tapissée par la plèvre, et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; il n'est pas douteux, néanmoins, que les granulations ne se développent aussi à la surface libre des membranes séreuses, et dans ce cas, il arrive, comme le fait remarquer le savant professeur d'anatomie pathologique, que les granulations se recouvrent quelquefois d'une membrane extrêmement mince, qui simule la membrane séreuse elle-même, et qui peut faire croire à l'existence de granulations sous-séreuses, bien que celles-ci existent en réalité sur la surface libre.

Il arrive souvent que l'inflammation granulique des membranes séreuses, s'accompagne d'hydropisie. La gravité de ces hydropisies me paraît singulièrement exagérée par M. Cruveilhier qui les regarde comme incurables, et qui les désigne sous le nom d'*hydrophlegmasies granuleuses ou tuberculeuses*.

Beaucoup d'hydrothorax de cette nature se résorbent cependant facilement ; et si, plus tard, les individus qui en ont été atteints, meurent de tuberculisation, il serait impropre de dire qu'ils succombent à une hydropisie qui a disparu déjà depuis longtemps.

M. Cruveilhier fait d'ailleurs remarquer avec justesse, combien la coïncidence de la suppuration et de la tuberculisation est rare dans les membranes séreuses.

Arrêtons-nous un instant sur les diverses membranes séreuses qui peuvent être atteintes de l'inflammation granulique, en commençant par l'arachnoïde.

A. — *Inflammation granulique de l'arachnoïde.*

L'arachnoïde est très-fréquemment atteinte par l'inflammation granulique ; les rapports que cette membrane affecte avec la pie-mère sont tellement intimes, que, dès que l'inflammation se développe sur une de ces deux membranes, l'autre y participe de suite, à un degré plus ou moins élevé ; aussi presque tous les auteurs décrivent-ils, avec raison, sous le nom collectif de méningite, les lésions inflammatoires simultanées de l'arachnoïde et de la pie-mère.

Les lésions encéphaliques de la granulie, bien décrites sous le nom de méningite tuberculeuse, par M. Papavoine en 1830 (1), et depuis par un très-grand nombre d'auteurs, parmi lesquels figurent au premier rang les noms de MM. Gerhard, (2) Rufz, (3) Piel, (4) Valleix, (5) Becquerel, (6) Rilliet et Barthez, (7) Bouchut, (8) etc., etc., sont aujourd'hui parfaitement bien connues, et la description qui en est répétée avec

(1) Papavoine, *Journal hebdomadaire*, t. VI. 1830.

(2) Gerhard, *New journal américain*, *Of the medical science.* 1834.

(3) Rufz, *Dissertation inaugurale.* 1835.

(4) Piel, *ibid.* 1836.

(5) Valleix, *Arc. gén. de méd.* 1838.

(6) Becquerel, *Recherches cliniques sur la méningite des enfants.* 1843.

(7) Rilliet et Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants.* 1843.

(8) Bouchut, *Traité pratique des nouveau-nés.* 1862.

peu de variantes par tous les auteurs, ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'exactitude. Il n'en est pas tout à fait de même sous le rapport de l'interprétation des faits; on se plaît généralement à subordonner l'inflammation des méninges aux produits granuleux observés sur les cadavres; et, sous ce rapport, je l'ai dit, je ne partage pas l'opinion trop universellement admise.

Dans la granulie, les lésions inflammatoires sont d'autant plus prononcées du côté des méninges, que les individus ont été enlevés avec plus de rapidité, et que la mort a été plus expressément l'effet des troubles de l'encéphale.

Cependant, si dans la forme cérébrale de cette affection, les lésions des méninges acquièrent leur maximum d'intensité, au point de paraître concentrer en elles toute la maladie, il ne faut pas croire que dans les formes thoracique et abdominale, les méninges ne présentent aucune altération.

Dans presque tous les cas, au contraire, la maladie est toujours plus ou moins généralisée, et c'est faute d'y regarder avec assez de soin, que l'on méconnaît les effets de l'affection sur l'arachnoïde et sur la pie-mère, dans la plupart des cas de la maladie où elle revêt la forme qu'on appelle la *phthisie galopante.*

Cette multiplicité, cette dissémination des lésions dans les trois cavités, est un caractère trop important de l'affection que j'étudie ici, pour la laisser méconnaître; il faut qu'on le sache bien : il est tout aussi rare et exceptionnel de ne pas trouver quelques signes anatomiques de la maladie, du côté des méninges, dans la forme thoracique ou abdominale de la maladie, que de ne pas rencontrer, dans le cas de fièvre cérébrale proprement dite, des lésions granuliques dans les deux autres cavités.

Ayant déjà suffisamment insisté dans la description générale de l'anatomie pathologique, sur les phénomènes inflammatoires, propres à l'inflammation granulique, je serai très-bref sur ce que l'arachnoïde présente de commun avec les autres membranes séreuses enflammées; et je m'arrêterai seulement sur ce qu'elle présente de particulier, relativement

à l'intensité des lésions phlegmasiques et au siége de ses produits, sérosité, lymphe fibro-plastique, et granulations. Je dirai également un mot sur le rapport de l'inflammation des méninges avec celle du cerveau.

On rencontre sur les méninges les principales altérations pathologiques qui servent de caractères anatomiques à la maladie. Lorsqu'on examine l'arachnoïde, pendant que la phlegmasie est encore dans sa première phase, on trouve principalement les signes de la congestion inflammatoire; c'est-à-dire, l'hyperémie et la sécrétion séreuse.

L'hyperémie appartient surtout au tissu cellulo-vasculaire, qui double l'arachnoïde; et c'est en vertu de la finesse et de la transparence de celle-ci, que la congestion inflammatoire dont la pie-mère est le siége, se traduit, à travers elle, avec tant de netteté, qu'à première vue, elle paraît lui appartenir. Mais le pointillé rouge, comme les fines arborisations vasculaires qui se dessinent à la surface viscérale de l'arachnoïde, appartient aux tissus sous-jacents, et c'est parceque le feuillet pariétal de cette membrane ne se trouve pas dans les mêmes conditions d'organisation, vis-à-vis de la dure-mère, que de ce côté, elle conserve en général sa teinte naturelle, sans hyperémie accidentelle.

Au premier degré de l'inflammation des méninges, la surface de l'arachnoïde conserve son poli et son luisant; on n'y distingue encore aucune rugosité, aucun dépôt granuleux, qui fasse saillie à la surface; cependant sa surface est déjà, à ce premier degré, presque constamment revêtue d'une certaine quantité de lymphe plastique incolore; ce que dénote la sensation poisseuse et glutinante qu'éprouve le doigt en y touchant.

Bien que l'arachnoïde, contrairement à ce qui se passe pour les autres membranes séreuses, ne verse pas ordinairement ses produits de sécrétion dans sa cavité, mais au dehors, et dans le tissu cellulaire de la pie-mère, on a vu quelquefois à sa surface libre quelques filaments celluleux très-fins, allant d'un feuillet à l'autre.

Tandis que j'étais encore médecin de l'hospice des incura-

bles femmes, j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une vieille tuberculeuse, qui, problablement, avait été atteinte anciennement d'une granulie générale; car, non-seulement des adhérences très-nombreuses retenaient les poumons aux plèvres pariétales, mais la cavité de l'arachnoïde était totalement détruite, par un tissu cellulaire très-serré, qui réunissait ensemble les deux feuillets de la séreuse; la dure-mère paraissait en rapport direct avec la pie-mère et les circonvolutions cérébrales, de telle sorte qu'on ne pouvait la séparer du cerveau, sans entraîner avec elle un peu de la substance cérébrale. Cette femme d'ailleurs succombait à la tuberculisation.

Quelques auteurs ont signalé aussi l'épanchement d'un peu de sérosité rougeâtre dans la cavité de l'arachnoïde, atteinte d'inflammation. MM. Senn et Becquerel (1) en ont rapporté chacun un exemple.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et les cavités ventriculaires sont, tout particulièrement, le siége de la sérosité qui est sécrétée, sous l'influence de l'inflammation des méninges; il arrive souvent que la pie-mère soit complétement infiltrée de cette sérosité, qui donne quelquefois, malgré sa transparence, une teinte très-légèrement laiteuse à l'arachnoïde, qu'elle éloigne des anfractuosités. Quand elle est en petite quantité, elle occupe de préférence la base du cerveau, plutôt que sa partie supérieure; mais lorsqu'elle est abondante, elle entoure presque tout l'encéphale.

Les cavités ventriculaires contiennent toujours une plus ou moins grande quantité de cette sérosité, dans le cas de méningite granulique.

Lorsqu'elle est très-abondante, elle distend les ventricules, dilate leur cavité, et augmente considérablement toute la masse encéphalique.

On conçoit facilement, comment la présence d'une si grande quantité de sérosité a pu être regardée, par les premiers médecins qui l'ont constatée, comme constituant toute la ma-

(1) *Loc. citat.*

ladie, et qu'ils aient appelé celle-ci hydrocéphalie, *hydrocéphale aiguë*. La quantité du liquide épanché dans les ventricules est, du reste, extrêmement variable; elle peut être seulement de quelques grammes, comme elle peut s'élever jusqu'à 100,150 et 200 grammes.

Il m'a paru, d'après mes observations personnelles, et d'après celles que Dance (1) a rapportées dans son remarquable mémoire sur l'hydrocéphale aiguë, que dans les cas de méningo-encéphalite granulique, ayant déterminé la mort, bien expressément, par le cerveau, la quantité de liquide épanché dans les cavités ventriculaires et la dilatation de celles-ci, étaient en raison inverse du ramollissement des parties blanches de l'encéphale; que dans les cas où la voûte à trois piliers, le *septum lucidum* et le corps calleux étaient presque convertis en une bouillie blanche, il n'y avait que peu de sérosité rassemblée dans les ventricules; mais que, par contre, quand ces parties centrales de substance blanche, n'étaient point, ou à peine ramollies, le liquide des ventricules était porté à son maximum.

La sérosité qui remplit les ventricules est toujours parfaitement limpide et incolore; elle tient en dissolution, comme la sérosité provenant de toute espèce d'inflammation des membranes séreuses, une forte quantité d'albumine coagulable par l'acide nitrique et par la chaleur. Ce caractère prouve qu'on ne doit pas la considérer comme une exagération pure et simple du liquide céphalo-rachidien.

La sérosité qui infiltre le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, contient aussi une assez grande quantité de fibrine, pour que, dans certains cas, celle-ci se coagule dans les mailles de la pie-mère, et y donne lieu à des espèces de pseudo-membranes qui doublent le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Ces espèces de fausses membranes, toujours extrêmement minces, molles et infiltrées, s'observent particulièrement à la base du cerveau, dans l'espace interpédonculaire et au voisinage du chiasma des nerfs optiques.

(1) Dance, *Arch. de méd.* 1829.

Elles se rencontrent aussi quelquefois sur les régions latérales et supérieures du cerveau, et au niveau des scissures de Sylvius.

Telles sont les lésions propres au premier degré de l'inflammation granulique des méninges; et je répète que ces altérations s'observent tout aussi bien dans la forme thoracique de cette affection, *phthisie galopante* des auteurs, que dans la forme cérébrale, comme nos observations relatées plus loin en font foi. (Voy. chap. VII, obs. du n° 42 de la salle Notre-Dame, et chap. VIII, obs. de J.-B. Hoffman, n° 4 de la salle Saint-Benjamin.)

Il n'en est plus de même des lésions dont il me reste à parler; elles sont plus directement liées à la forme méningitique de la maladie. Je veux parler de la suppuration, des granulations et du ramollissement des parties corticales et centrales du cerveau.

La suppuration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien est indiquée par presque tous les auteurs, comme un des caractères de la méningite granuleuse; elle est indiquée tout particulièrement par MM. Trousseau, Rilliet et Barthez, dans la fièvre cérébrale, ou méningite granuleuse des enfants; cette terminaison de l'inflammation granulique me paraît cependant très-rare; pour ma part, je ne l'ai jamais rencontrée que dans les cas de méningite simple ou de méningite véritablement *tuberculeuse;* comme, par exemple, dans le cas qui est rapporté dans le chapitre du diagnostic. (Voy. chap. XI.)

N'a-t-on pas pris quelquefois pour de la suppuration la teinte laiteuse, opaline de l'arachnoïde, quand cette membrane est légèrement soulevée par de la sérosité, et est peut-être un peu épaissie par l'effet de l'inflammation; n'a-t-on pas aussi quelquefois confondu avec du pus, un peu de fibrine molle, infiltrée dans le tissu cellulaire, autour du chiasma des nerfs optiques, et le long des vaisseaux qui parcourent les scissures cérébrales? ce n'est pas impossible. Toutefois, la suppuration dans la méningite granuleuse, est attestée par un si grand nombre d'auteurs, qui font autorité dans la science, qu'il faut la prendre en considération, et admettre

son existence comme possible, dans un certain nombre de cas.

Lorsque l'on rencontre du pus dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien, la sérosité des ventricules n'en conserve pas moins d'ordinaire, sa limpidité et sa transparence.

Indépendamment de la sérosité qui infiltre le tissu de la pie-mère, celle-ci s'impreigne aussi d'une certaine quantité de lymphe fibro-plastique, susceptible d'une prompte organisation celluleuse; il en résulte que l'on rencontre, au bout d'un certain temps, entre les anfractuosités, et entre les scissures cérébrales, de fines adhérences celluleuses de nouvelle formation, et tout à fait semblables à celles qui se présentent du côté de la plèvre et du péritoine. On observe ces adhérences principalement chez les individus qui ont éprouvé une granulie méningée, quelques mois avant de succomber à une phthisie pulmonaire. On trouve chez eux, les doubles lésions appartenant à la maladie aiguë, dont ils semblaient avoir réchappé, et à la tuberculisation proprement dite, qui les porte au tombeau. (Voy. chap. VII, obs. du n° 42 de Notre-Dame, et chap. IX, obs. du n° 47 de Notre-Dame.)

Quant aux granulations fibro-plastiques, à la présence desquelles on a si volontiers rattaché le développement de la méningite, je ferai remarquer qu'elles sont d'autant moins nombreuses, et d'autant plus petites, que l'inflammation méningo-encéphalique a eu plus de vivacité, et a causé la mort avec plus de rapidité. Il peut même arriver que les granulations fassent complétement défaut, du côté de l'encéphale, et qu'on n'en trouve que quelques-unes du côté du thorax ou de l'abdomen, juste assez pour reconnaître le cachet anatomique de la maladie.

Les granulations fibro-plastiques, lorsqu'elles ont eu le temps de se développer, siégent le plus ordinairement au-dessous de l'arachnoïde, dans le tissu cellulo-vasculaire de la pie-mère. Sans doute, quelques-unes font saillie, à la surface libre de l'arachnoïde, et paraissent même adhérer au côté libre de la séreuse; mais c'est l'exception; la plupart des granulations grises existent dans les scissures du cerveau, dans le

tissu cellulaire qui accompagne les vaisseaux dans la scissure de Sylvius, dans celui qui occupe la base de l'encéphale, dans l'espace interpédonculaire, autour de la protubérance annulaire et du chiasma des nerfs optiques. Quelques-unes paraissent développées sur les parois mêmes des petits vaisseaux, ainsi que mon collègue, M. Vulpian, l'a signalé dans la note qu'il a lue, à la société médicale des hôpitaux, sur l'anatomie pathologique de ces granulations.

Il est très-rare que les granulations occupent le feuillet pariétal de l'arachnoïde, et qu'on les rencontre du côté de la dure-mère; peuvent-elles se développer primitivement dans la substance cérébrale? M. Bouchut penche pour l'affirmative, et me paraît disposé à admettre que des granulations peuvent primitivement se développer dans les circonvolutions cérébrales. Pour ma part, je n'ai jamais, dans aucun cas, rencontré de granulations grises dans la substance même de l'encéphale, et celles qui pénétraient dans le cerveau, avaient bien évidemment leur point de départ dans les méninges.

Il faut prendre garde de ne pas confondre avec des granulations fibro-plastiques, de petites rugosités très-fines et brillantes qu'on rencontre parfois sur la séreuse ventriculaire, et qui peuvent se présenter dans des maladies différentes de la granulie; il faut aussi ne pas prendre pour des granulations transparentes les petits kystes qui se développent souvent dans les plexus choroïdes et la toile choroïdienne, où d'ailleurs de véritables granulations fibro-plastiques peuvent aussi se rencontrer.

Quel que soit l'endroit où on les étudie, les granulations fibro-plastiques présentent d'ailleurs les mêmes caractères qui leur ont été reconnus dans la description générale.

D'une coloration grisâtre, d'une consistance d'autant plus molle que leur origine est plus récente, les granulations méningées atteignent fort rarement le volume d'un grain de millet. Elles sont, le plus souvent, extrêmement petites, et ne peuvent être découvertes quelquefois, qu'avec le secours de la loupe.

Elles présentent d'ailleurs tous les caractères histologiques

dont il a été question précédemment; et il serait superflu d'y revenir ici.

Elles peuvent, dans les méninges, se tuberculiser tout aussi facilement que sur les plèvres et sur le péritoine. Il suffit pour cela que l'individu qui les porte soit dominé par la diathèse tuberculeuse, et qu'il vive assez longtemps.

Mon savant collègue, M. Bouchut, dit n'avoir jamais assisté lui-même à la tuberculisation des granulations méningées, ce qui tient évidemment au théâtre spécial sur lequel il a fait ses observations; car si les enfants vivent rarement assez longtemps pour qu'elles aient le temps d'être envahies, chez eux, par la tuberculisation, il n'en est pas de même chez les adultes; et, pour ma part, j'ai constaté ce phénomène un grand nombre de fois.

Il a été d'ailleurs déjà signalé par Barrier, et tout récemment encore par M. Vulpian (1).

La méningite granuleuse rachidienne a fixé beaucoup moins l'attention des observateurs que la méningite cérébrale. Elle est cependant loin d'être rare, et si on ne la constate pas plus souvent, c'est que la paresse et le temps empêchent souvent d'ouvrir le canal rachidien.

Les granulations s'y présentent, du reste, avec les mêmes caractères que dans les autres régions, et leur siége, comme pour l'encéphale, est le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Il est remarquable que, dans le cas de méningite granulique, les choses marchent aussi rapidement, et que la mort soit, aussi généralement, la conséquence de l'inflammation, quand elle a lieu du côté de l'encéphale avec une certaine vivacité.

Cela tient évidemment à la rapide désorganisation des centres nerveux, soit que la cause morbifique porte directement son action sur le cerveau, soit, et cela me paraît plus probable, que par l'effet de l'inflammation de la pie-mère, qui comprend une si grande quantité des vaisseaux qui se rendent au cerveau, la nutrition de celui-ci se trouve immédia-

(1) *Loc. citat.*

tement entravée, et que, par suite de l'oblitération des capillaires périphériques, les parties centrales se ramollissent et tombent en bouillie, à la manière des ramollissements par trombose et par embolie.

B. — *Inflammation granulique des plèvres.*

Les plèvres sont au moins, aussi fréquemment que l'arachnoïde, atteintes par l'inflammation granulique; mais comme les rapports physiologiques de cette membrane séreuse avec le poumon, ne sont pas aussi intimes que ceux des méninges avec le cerveau, il en résulte que la pleurésie granuleuse peut parvenir à son maximum d'intensité, sans que les fonctions des poumons soient très-notablement troublées. Aussi, observe-t-on plus facilement sur la plèvre que sur les méninges la manière dont se comportent les produits de l'inflammation, et peut-on suivre exactement sur elle, la transformation de la lymphe plastique en adhérences celluleuses, et l'envahissement des granulations par la matière tuberculeuse, quand la tuberculisation a lieu.

Le premier degré de l'inflammation granulique se traduit du côté de la plèvre, par une rougeur plus ou moins intense. Cette rougeur est souvent beaucoup plus prononcée sur la plèvre pariétale, que sur la plèvre pulmonaire. Sur la plèvre qui tapisse la paroi interne du thorax, on constate souvent une rougeur vive, et de très-nombreuses arborisations vasculaires, tandis que sur la plèvre pulmonaire, la rougeur est plus foncée, plus uniforme et sans arborisation.

La plèvre enflammée donne très-promptement lieu à une exsudation plastique qui s'étale sur sa surface libre, et lui donne quelque chose de poisseux et de glutinant, tout à fait semblable à ce que tout à l'heure j'ai indiqué, à propos de la méningite, sur la surface libre de l'arachnoïde. Ce produit s'organise presque aussitôt, s'il n'est pas accompagné d'une exhalation de sérosité, et donne lieu à une infinité de petits filaments celluleux extrêmement ténus, qui se portent

d'un feuillet à l'autre de la plèvre, et qui se développent aussi entre les parties de la plèvre pulmonaire, qui se trouvent en contact, au niveau des scissures du poumon.

Il arrive, le plus souvent, chez les individus qui sont très-rapidement enlevés par la méningo-encéphalite granulique, que l'on rencontre du côté des plèvres, les plus fines adhérences celluleuses dont je parle, liées à une hypérémie inflammatoire très-manifeste.

Plus tard, et quelquefois dès le début de l'inflammation granulique de la plèvre, il se fait, dans la cavité de celle-ci, un épanchement plus ou moins abondant de sérosité albumino-fibrineuse. Dans ce cas, la surface libre des plèvres, baignée par le liquide, ne se recouvre pas d'adhérences celluleuses; mais elles peuvent néanmoins se recouvrir de granulations fibro-plastiques.

Le liquide peut acquérir promptement de très-grandes proportions, et constituer une espèce d'hydrothorax symptomatique. Lorsque l'on traite ces hydrothorax là par la thoracenthèse, il arrive souvent que le liquide se reproduit avec une extrême rapidité, et au bout de quelque temps, que les granulations fibro-plastiques qui les accompagnent se tuberculisent, et déterminent, en définitive, une phthisie chronique.

Il est très-rare, comme l'a déjà signalé M. le professeur Cruveilhier, que ces épanchements deviennent purulents, sous la seule influence de l'inflammation granulique; dans le cas où ils le deviennent, c'est presque toujours consécutivement au traumatisme, occasionné par l'opération de la thoracenthèse, ou par la tuberculisation et le ramollissement tuberculeux ultérieur des granulations fibro-plastiques dont les plèvres sont parsemées.

Après la disparition du liquide, la lymphe plastique organisable peut continuer à être sécrétée à la surface libre des plèvres, et être l'origine des nombreuses adhérences qui, plus tard, réunissent entre elles les plèvres pariétales et pulmonaires.

Il peut se faire aussi que la fibrine que contient le liquide

épanché, se coagule à la surface des plèvres, et y forme des fausses membranes, susceptibles de participer, plus tard aussi, à l'organisation des adhérences.

M. le professeur Cruveilhier fait remarquer, à propos des adhérences qui se développent dans les plèvres, qu'il n'est pas très-rare de rencontrer la tuberculisation des adhérences pleurales anciennes, et il cite, à cette occasion, l'observation d'un individu, mort de tuberculisation aiguë des poumons, chez lequel il existait, au milieu des adhérences celluleuses lâches, qui réunissaient les lobes pulmonaires entre eux, et à la plèvre costale, un grand nombre de granulations tuberculeuses, dures, blanchâtres, et bien distinctes de la plèvre.

L'observation du savant professeur, est bien en faveur de l'opinion que je défends, à savoir, d'une part, la communauté d'origine des granulations fibro-plastiques et des adhérences pleurales, dans le produit inflammatoire; et d'autre part, la *tuberculisation* d'un produit qui n'était pas primitivement tuberculeux, mais qui était, au contraire, susceptible d'organisation et de vie, tandis que la matière tuberculeuse, selon M. Cruveilhier lui-même, est toujours inerte, et n'est jamais susceptible de vie et d'organisation.

Les granulations fibro-plastiques se rencontrent souvent dans les plèvres, en immense quantité; leur siége de prédilection est principalement aux endroits où le contact est le plus étroit; ainsi entre les lobes pulmonaires; au fond des scissures lobaires; sur la plèvre diaphragmatique; c'est là où, de prime abord, il convient de les rechercher; et où on les rencontre, alors même qu'elles sont encore en très-petit nombre.

Peu à peu, elles se développent sur toutes les parties de la plèvre, presque toujours, cependant, en plus grand nombre sur la plèvre pulmonaire, que sur la plèvre pariétale. Elles ne paraissent pas avoir de prédilection pour les parties les plus élevées de la plèvre; et on les rencontre en aussi grand nombre, sur la plèvre qui tapisse la base du poumon, que sur celle qui en tapisse le sommet; mais il est à remarquer que, sitôt que la tuberculisation vient à les envahir, celle-ci s'accomplit très-manifestement, de haut en bas, tant pour les granu-

lations pleurales, que pour celles du poumon ; ce qui fait que dans cette circonstance, les granulations des parties les plus élevées de la plèvre sont grosses, dures, blanchâtres et opaques, tandis que celles de la base sont encore petites, grises et demi transparentes.

Dans les endroits où les granulations sont le plus confluentes, elles se rassemblent les unes contre les autres, de manière à former des espèces de plaques grisâtres. Cette disposition s'observe quelquefois au-dessus du diaphragme et entre les lobes pulmonaires.

Leurs caractères histologiques ne présentent d'ailleurs aucune particularité qui mérite d'être signalée ici.

C. — *Inflammation granulique du péricarde et de l'endocarde.*

L'inflammation granulique a très-peu de tendance à se porter sur les membranes séreuses du péricarde et de l'endocarde. Dans le cas de phthisie galopante et de fièvre cérébrale, dans lesquels la maladie était le plus généralisée, et dans lesquels tous les signes anatomiques de l'inflammation granulique se trouvaient à leur maximum, du côté des méninges, des plèvres et du péritoine, je n'ai jamais rencontré l'inflammation granulique, ni sur le péricarde, ni sur l'endocarde. Aussi m'est-il permis d'élever quelque doute sur l'exactitude des observations de quelques médecins, qui croient avoir vu très-souvent les granulations fibro-plastiques demi-transparentes sur la séreuse du péricarde ; il est bien probable qu'ils s'en sont laissé imposer par tout autre chose, et peut-être, par les *vésicules closes glandulaires*, qui ont été décrites par mon ami, le docteur Lucien Corvisart (1), sur la surface interne du péricarde.

M. le professeur Cruveilhier ne les a pas rencontrées non

(1) *Recherches sur les vésicules closes du péricarde.* Bull. de la Soc. anat. Sept. 1851.

plus sur le feuillet séreux du péricarde, et, à cette occasion, il fait la remarque suivante (1) : « Il ne faut pas « confondre les granulations miliaires tuberculeuses du « péricarde avec les granulations miliaires que présentent « primitivement les pseudo-membranes du péricarde dans « leur couche la plus profonde, c'est-à-dire dans la couche « qui adhère soit au feuillet séreux pariétal, soit au feuillet « séreux viscéral. Ces granulations miliaires pseudo-mem- « braneuses ne sont autre chose qu'une des formes de la « pseudo-membrane, et par conséquent diffèrent essentielle- « ment des tubercules du péricarde, lesquels se développent « en général chroniquement, consécutivement, dans l'épais- « seur des fausses membranes organisées persistantes. »

Pour l'illustre professeur d'anatomie pathologique, l'existence préalable d'une péricardite avec fausses membranes, serait donc nécessaire au développement des tubercules, et ceux-ci ne se développeraient pas d'emblée sur la séreuse du péricarde, comme cela a lieu pour les autres membranes séreuses.

Dans un autre passage de son livre, M. Cruveilhier attribue à la rareté et au peu de laxité du tissu cellulaire sous-séreux du péricarde, l'absence des granulations grises sur la surface interne du péricarde.

Il faut prendre en grande considération l'explication du fait donnée par M. Cruveilhier; mais il faut remarquer cependant que, si peu cellulo-vasculaire que soit le tissu qui double la séreuse péricardique, cela n'empêche pas cette membrane de donner lieu à une très-abondante sécrétion de sérosité albumino-fibrineuse, coagulable et organisable, chaque fois qu'elle s'enflamme, sous l'influence d'une cause spécifique, différente de celle qui domine les inflammations granuliques.

Il me suffira de rappeler ce qui se passe du côté de ces membranes, lorsque la cause rhumatismale porte son action sur elles, pour prouver combien elles sont aptes, dans certaines

(1) *Loc. citat.* p. 683.

circonstances, à l'inflammation. Aussi y a-t-il là, très-vraisemblablement, autre chose qu'une condition de tissu, dans le peu de disposition de ces membranes à être prises d'inflammation granulique.

Il y a plutôt chez elles un défaut d'affinité morbide, analogue à celui que présentent pour la cause rhumatismale les séreuses méningée et péritonéale.

Ce n'est pas, le plus souvent, parce qu'un tissu est plus ou moins apte, par sa nature anatomique, à être le théâtre des phénomènes communs de l'inflammation, qu'il est ou qu'il n'est pas atteint par les inflammations spéciales; c'est parce qu'il n'est pas dans les allures de la cause spécifique de se diriger vers ces organes-là; et nous devons confesser que nous en ignorons totalement le pourquoi !

D. — *Inflammation granulique du péritoine.*

Le péritoine est avec les plèvres et les méninges, le théâtre ordinaire de l'inflammation granulique; il n'y a presque aucun cas de granulie ayant déterminé la mort, sans que du côté du péritoine, on ne retrouve à l'autopsie, des traces plus ou moins nombreuses de l'inflammation.

Parmi les phénomènes anatomiques de l'inflammation granulique du péritoine, l'hypérémie est un de ceux qui persistent le moins longtemps, et qu'on a le moins fréquemment occasion de retrouver à l'autopsie. Alors même que, pendant la vie, la vivacité de l'inflammation de cette membrane séreuse s'était traduite par une sensibilité vive, la rougeur hypérémique avait, le plus souvent, disparu après la mort. Dans quelques cas cependant, j'ai pu retrouver encore de la rougeur, mais elle était alors presque toujours limitée à quelques régions.

C'est plus particulièrement par ses produits que l'inflammation granulique du péritoine se révèle; elle peut donner lieu, soit isolément, soit simultanément, à une exsudation

de la lymphe plastique, à de la sérosité, à des granulations fibro-plastiques.

Lorsque la mort est survenue rapidement, l'exsudation de lymphe albumino-fibrineuse, qui se fait à la surface libre du péritoine est encore diffluente, et forme, à la surface des intestins, à celle des organes tapissés par le péritoine, une petite couche glutineuse et poisseuse, qui rend déjà le glissement des viscères les uns sur les autres moins facile, sans toutefois les réunir encore entre eux par une véritable adhésion.

Un peu plus tard, cette lymphe glutinante s'organise, et donne lieu à un tissu conjonctif, souvent plus serré que celui qui, dans les mêmes conditions pathologiques, se développe du côté de la plèvre. La laxité du tissu cellulaire de nouvelle formation varie d'ailleurs suivant les régions du péritoine; en général, assez condensé entre les anses d'intestins qui sont accolées ensemble, il est plus lâche à la surface du foie et à celle de la rate.

Lorsque la vie se prolonge longtemps après que le péritoine a été le siége de cette inflammation, il en résulte une adhérence tellement intime de toutes les surfaces péritonéales en contact, que tous les viscères ne forment plus ensemble qu'une même masse, et qu'il devient, pour ainsi dire, impossible de les désunir par la dissection, sans les entamer plus ou moins profondément.

Les granulations fibro-plastiques se développent, soit à la surface du péritoine, soit dans le tissu cellulaire sous-séreux, soit encore dans les masses celluleuses de nouvelle formation, qui réunissent entre elles les anses intestinales.

A la surface du péritoine, les granulations peuvent être peu nombreuses et extrêmement petites; il faut, dans ce cas, apporter une grande attention à leur recherche pour ne pas les méconnaître. Parfois elles sont en si petit nombre, qu'on n'en trouve que quelques-unes à la surface péritonéale de la rate, qui est, pour ainsi dire, leur lieu d'élection.

D'autres fois, au contraire, elles sont beaucoup plus nombreuses, et elles criblent toute la surface du péritoine.

Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un très-petit grain de millet; elles sont grisâtres et demi-transparentes; leur consistance est plus ou moins grande, suivant qu'il y a plus ou moins de temps qu'elles sont formées; le plus souvent obrondes ou hémisphériques, à la surface de la séreuse, elles sont lisses et luisantes, sans inégalités.

La couche mince de lymphe plastique au milieu de laquelle elles se développent à la surface du péritoine, forme parfois au-dessus d'elles une petite membrane extrêmement fine, qui a été très-bien décrite par M. Cruveilhier, et qui, à première vue, pourrait faire croire qu'elles ne siégent pas à la surface même du péritoine, mais dans son épaisseur ou dans le tissu cellulaire sous-séreux. En y regardant de plus près, on constate parfaitement que leur siége est bien à la surface libre du péritoine, et qu'elles y adhèrent fortement.

Cette lymphe albumino-fibrineuse qui revêt et entoure les granulations, est vraisemblablement de même nature que les granulations elles-mêmes, et constitue leur matière amorphe. C'est ce qui explique, comment M. Vulpian, tout en adoptant l'opinion de Virchow, sur la formation des granulations par la prolifération des éléments normaux du tissu conjonctif, a néanmoins constaté que l'altération pathologique n'était pas strictement limitée à la granulation, mais qu'elle s'étendait autour d'elle sur les tissus qui la portent.

D'autres fois cependant, les granulations paraissent s'être développées dans le tissu cellulaire sous-séreux; c'est particulièrement lorsqu'elles sont déjà anciennes et tuberculisées, qu'on les constate dans cet endroit. Il est d'ailleurs bien important de remarquer que, lorsque les tubercules se développent primitivement et presque isolément sur le péritoine, c'est constamment dans le tissu cellulaire sous-séreux qu'on les rencontre, et non à la surface libre de la séreuse; mais quelle que soit l'affinité plus grande de la matière tuberculeuse pour le tissu cellulaire sous-séreux que pour la séreuse elle-même, il n'en est pas moins évident qu'il faut que des granulations grises se soient primitivement développées dans ce tissu sous-séreux, pour y avoir été plus tard tuberculisées.

Il est donc certain que dans un petit nombre de cas, peut-être exceptionnels, il se développe des granulations du côté viscéral du péritoine, comme cela a lieu, de règle générale, pour l'arachnoïde.

Lorsque la lymphe plastique a été sécrétée en très-grande abondance à la surface du péritoine, et qu'elle réunit entre elles toutes les parties de la séreuse, qui sont en contact, il peut arriver aussi que les granulations grises se développent en immense quantité dans le tissu de nouvelle formation, et qu'elles constituent, par leur confluence, une sorte de gangue grisâtre, gélatiniforme. Plus tard, on peut rencontrer aussi la tuberculisation de ces masses granuleuses. Cela devient alors une des formes de la péritonite tuberculeuse chronique.

La sérosité est ordinairement sécrétée en très-petite quantité dans l'espèce d'inflammation qui nous occupe. Elle ne s'observe guère, que dans les cas où la maladie est le moins généralisée, et marche avec le moins d'acuïté. Il ne faut pas confondre ce qui succède, assez souvent, à l'inflammation granulique, avec ce qui lui appartient en propre; or, l'hydropisie péritonéale est très-rare pendant l'acuïté de l'inflammation granulique, et il y a, sous ce rapport, une bien grande différence à établir entre le péritoine d'un côté, et la plèvre et l'arachnoïde de l'autre; ces deux dernières membranes, contrairement au péritoine, sont très-souvent le siége d'hydropisie, quand elles sont atteintes par l'inflammation granulique.

Lorsque l'ascite survient à la suite de la granulie, c'est presque constamment l'indice que les granulations se tuberculisent, et on doit, dans ce cas, considérer l'hydropisie abdominale comme le premier signe de la péritonite chronique tuberculeuse. J'ai indiqué précédemment, en appuyant mon assertion sur celle de M. Cruveilhier, et sur les observations qui me sont personnelles, combien la suppuration était rare dans l'inflammation granulique; cependant, dans l'ascite qui est due à la péritonite tuberculeuse proprement dite, il n'est pas très-rare de rencontrer une plus ou moins grande quantité de pus dans le péritoine, mélangé à la sérosité.

M. le professeur Cruveilhier rapporte, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, une observation de ce genre, et, pour ma part, j'en ai rencontré plusieurs.

E. — *Inflammation granulique des membranes séreuses articulaires.*

L'inflammation granulique présente, pour les membranes séreuses articulaires, aussi peu d'affinité que pour les membranes séreuses du cœur et des vaisseaux, et je ne puis m'empêcher de faire encore remarquer à ce propos, combien le siége des inflammations est subordonné à la nature spécifique de la cause qui les détermine.

Les membranes séreuses articulaires sont parfaitement aptes à l'inflammation, à l'exsudation albumino-fibrineuse, et à la suppuration, comme le témoignent tous les faits de rhumatismes articulaires aigus, de fièvre puerpérale, d'infection purulente, d'arthrites blennorrhagiques, etc., etc...., dont les annales de la science sont encombrées; et cependant l'inflammation granulique n'a pas d'affinité pour elles, et les épargne dans les cas les plus aigus et les plus généralisés de l'affection.

Si, dans quelques circonstances, on a rencontré les membranes séreuses articulaires plus ou moins remplies de matière caséiforme, et incontestablement envahies par la tuberculisation chronique, comme le prouvent les faits rapportés par M. Cruveilhier (1), par M. Rufz (2), et ceux que j'ai observés moi-même, je ne sache pas que l'inflammation granulique aiguë y ait jamais été décrite ; et dans les cas si nombreux de granulie, qui se sont offerts depuis quelques années à mon observation, je n'ai jamais constaté de manifestations de la maladie du côté des articulations.

Il peut arriver, chez les individus scrofuleux, atteints de

(1) *Loc. citat.*
(2) *Bull. de la Soc. anat.* 1832.

tumeur blanche, qu'une granulie survienne tout à coup, et les enlève au milieu des symptômes de la phthisie galopante ou de la fièvre cérébrale; mais dans ces cas, il ne faut pas confondre, avec les lésions propres à la maladie aiguë, celles qui existent antérieurement du côté des jointures.

Lorsque j'étais chargé, en 1858, d'un service d'enfants, à l'hôpital Sainte-Eugénie, en remplacement de mon collègue, M. Barthez, j'ai eu occasion d'observer un enfant atteint de tumeur blanche du genou, liée à l'existence de tubercules caséeux, développés dans le tissu spongieux du tibia, tout au voisinage des cartilages articulaires; ceux-ci étaient dépolis, errodés, en partie ramollis, et l'intérieur de la synoviale contenait, mêlée à de la sérosité, une matière caséeuse, ressemblant à de la matière tuberculeuse ramollie. Cet enfant, emporté rapidement par une fièvre cérébrale, nous présenta, à l'autopsie, toutes les lésions de la granulie, du côté des séreuses viscérales; mais absolument rien d'aigu du côté des membranes séreuses articulaires.

C'est donc un point de l'étude de la granulie qui exige encore de nouvelles observations, pour être convenablement traité, et qui commande pour le moment toute réserve.

F. — *Inflammation granulique de quelques membranes séreuses.*

Les tuniques vaginales peuvent-elles être le siége de l'inflammation granulique? Je suis assez porté à le penser, bien que les faits me manquent pour le prouver. Cela tient surtout à ce que mon attention n'a été attirée de ce côté que depuis peu de temps, et que j'ai laissé passer un grand nombre de sujets, sans rechercher, en faisant leur autopsie, si les tuniques vaginales présentaient quelques lésions.

Mon attention a été principalement dirigée sur ce point, par l'observation d'un individu qui était entré dans mon service pour une maladie, que je pris pendant les premiers jours, pour une fièvre typhoïde, puis que je reconnus bientôt pour être

un cas de granulie, et qui, à la fin de la maladie, dont il eut le bonheur de guérir, me fit découvrir une double tuberculisation des testicules et de l'épidydime. La tuberculisation du testicule avait-elle son point de départ dans les granulations déposées primitivement à la surface de la tunique vaginale? ce n'est pas impossible ; quoi qu'il en soit, je ne suis pas encore en mesure de résoudre la question.

Les membranes séreuses canaliculées, qui forment la tunique interne des artères, des veines et des vaisseaux lymphatiques, peuvent-elles être affectées par l'inflammation granulique? C'est encore une question qu'il convient, pour le moment, de garder en réserve.

Malgré l'opinion de Broussais, qui localisait primitivement, dans le système lymphatique, les inflammations tuberculeuses, aucune observation authentique ne permet, jusqu'à présent, d'admettre que ces membranes puissent être le siége de la détermination locale de l'affection granulique. Les observations de tuberculisation de ces membranes, rapportées par M. le professeur Cruveilhier, non plus que celles ayant pour objet leur inflammation consécutive à des injections mercurielles, n'éclairent en rien la question de leur inflammation dans la granulie, et je n'y insisterai pas davantage pour le moment.

II.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INFLAMMATION GRANULIQUE SUR LES VISCÈRES ET LES ORGANES PARENCHYMATEUX.

Inflammation granulique de l'encéphale, des poumons, des ganglions lymphatiques, de la rate et des viscères abdominaux.

Après avoir passé en revue les lésions de l'inflammation granulique sur les membranes séreuses, qui sont affectées dans cette maladie, il convient d'examiner l'état des viscères, revêtus par ces membranes. Suivant, pour cet examen, le

même ordre anatomique, adopté précédemment pour les membranes séreuses, j'étudierai successivement les organes de la tête, du thorax et de l'abdomen.

A. — *De l'inflammation granulique de l'encéphale.*

Les lésions encéphaliques de la granulie ont été très-bien étudiées par tous les auteurs, qui ont décrit les altérations de l'hydrocéphale aiguë, de la méningite tuberculeuse, de la fièvre cérébrale. En effet, ces diverses maladies, envisagées à tort comme des maladies différentes, ne sont toutes que des dépendances de l'affection générale que j'étudie dans ce travail.

L'intensité des désordres nerveux encéphaliques n'est pas toujours en rapport avec l'étendue, le nombre et le degré des altérations que présentent les membranes qui l'enveloppent; de sorte que l'on est autorisé à admettre, que la cause morbifique peut porter directement ses effets sur la substance cérébrale, sans avoir pour intermédiaire nécessaire, le tissu cellulo-vasculaire de la pie-mère. Il peut arriver que les lésions méningées soient très-fortement accusées, et qu'il y ait néanmoins peu de chose du côté du cerveau; par contre, il peut se faire aussi, que les désordres anatomiques soient très-prononcés dans la substance cérébrale, bien que du côté de l'arachnoïde et de la pie-mère, il y ait relativement peu de lésions.

Le cerveau est, de toutes les parties nerveuses de l'encéphale, l'organe qui offre le plus d'altérations; le cervelet et la protubérance annulaire sont souvent épargnés; les lésions peuvent exister à la périphérie de l'organe, dans la substance corticale, ou bien dans les parties centrales.

Il arrive souvent que le volume total du cerveau paraisse exagéré; que les circonvolutions soient aplaties à leur surface, et tassées les unes contre les autres, comme si elles eussent été comprimées par la boîte osseuse, devenue trop étroite

pour les contenir. C'est qu'en effet, par suite de l'accumulation de la sérosité dans les cavités ventriculaires, celles-ci se sont dilatées, et le cerveau est devenu véritablement plus volumineux.

Les lésions inflammatoires de la périphérie du cerveau sont, en général, d'autant plus prononcées, que la pie-mère est elle-même plus enflammée; il y a souvent, par suite des adhérences dont j'ai précédemment parlé, une connexion plus intime entre la substance grise des circonvolutions, et le tissu de la pie-mère; en cherchant à détacher cette membrane des circonvolutions, si la substance grise est déjà devenue friable ou ramollie, on en enlève de petits fragments avec les filaments de la pie-mère, qui laissent aux points qu'ils occupaient, une sorte de petite gaîne, que remplit presque aussitôt une fine goutelette de sang.

La coloration de la substance corticale n'est pas sensiblement altérée; on ne voit aucune rougeur après l'ablation des membranes. Lorsque la fibrine, infiltrée dans la pie-mère, peut en imposer pour de la suppuration, et qu'elle est enlevée avec cette membrane, on peut s'assurer que, le plus souvent au moins, la substance corticale du cerveau n'est pas suppurée; mais qu'elle est seulement ramollie ou devenue friable.

Les parties centrales du cerveau sont le siége d'altérations très-profondes; la substance blanche centrale, est plus ou moins profondément ramollie. Le corps calleux, la voûte à trois piliers, le septum lucidum, sont parfois ramollis au point de tomber en bouillie. Les ventricules, comme je l'ai déjà dit, sont souvent considérablement dilatés par l'abondance de la sérosité qui y est accumulée. Il ne m'a pas paru, ainsi que je l'ai déjà avancé plus haut, qu'il y ait de rapport direct entre la quantité de la sérosité épanchée dans les ventricules cérébraux, et le ramollissement de la substance blanche centrale; il m'a paru, au contraire, d'après les recherches que j'ai faites dans les auteurs, et d'après mes propres observations, que la quantité du liquide était moins grande quand les parties centrales du cerveau étaient ramollies, que lors-

qu'elles avaient conservé leur consistance à peu près normale. Peut-être, dans le premier cas, la sérosité se trouve-t-elle infiltrée dans la substance même du cerveau, et peut-être cette infiltration est-elle pour quelque chose dans le ramollissement si remarquable de la substance blanche.

Il est fort singulier, que l'inflammation cérébrale, dans la granulie, ne se révèle presque jamais par de l'hypérhémie; non-seulement la substance blanche centrale se ramollit, sans se colorer en rouge, mais la substance vasculaire ne paraît même pas hypérhémiée ; ainsi, en coupant le cerveau par tranches minces, au moyen du couteau, on ne voit pas sourdre à la surface des coupes successives, ce piqueté rouge abondant qui s'exsude des vaisseaux coupés, quand ceux-ci sont gorgés de sang.

Le ramollissement inflammatoire survient donc, dans cette circonstance, sans congestion sanguine très-notable. L'absence d'hypérémie du côté du cerveau, est en rapport d'ailleurs avec le peu d'hypérhémie que l'on constate souvent sur les autres organes et sur les membranes séreuses.

Ce fait fortifie l'opinion que j'ai émise dans le premier chapitre de ce livre, que l'inflammation granulique modifie et altère profondément la nutrition des organes, sans s'accompagner des phénomènes ordinaires d'une inflammation vive et intense.

Les granulations grises peuvent-elles se développer dans la substance même du cerveau, ou bien se développent-elles toujours primitivement sur les méninges? Toutes celles que j'ai observées dans la substance grise m'ont toujours paru s'être primitivement développées dans le tissu de la pie-mère. Je n'en ai jamais rencontré dans la substance blanche.

Cependant, si, comme M. Vulpian dit l'avoir vu, des granulations peuvent se développer sur la tunique externe même des petits vaisseaux, elles pourraient aussi se développer dans le cerveau, sur ces mêmes vaisseaux qui en parcourent la substance.

Relativement aux tubercules proprement dits, il n'est pas douteux qu'on en ait observé un grand nombre dans l'encé-

phale; mais il ne me paraît pas encore parfaitement jugé si ils se développent primitivement dans la pie-mère, ou dans la pulpe nerveuse; ceux que j'ai vus moi-même avaient toujours un petit point de contact avec la périphérie du cerveau, et avaient pu, par conséquent, être formés primitivement aux dépens de la pie-mère. Je ne saurais donc tirer ici, du siége différent des deux produits, un argument en faveur de leur différence spécifique.

Le cervelet, la protubérance annulaire, le bulbe rachidien, ne présentent ordinairement aucune altération particulière dans leur substance; et toutes celles que l'on rencontre à leur surface extérieure, leur sont communes avec le cerveau et les méninges.

J'ai parlé précédemment de l'inflammation granulique des méninges rachidiennes. Il n'est pas douteux que des granulations ne se développent sur la pie-mère rachidienne, et qu'il ne s'en trouve en rapport avec la moëlle épinière elle-même; mais rien ne prouve encore que ces granulations se développent primitivement dans le tissu même de la moëlle; pour ma part je ne les y ai jamais vues.

B. — *De l'inflammation granulique des poumons.*

Depuis les travaux de Bayle sur la phthisie granuleuse, l'attention des médecins a toujours été dirigée sur la présence des granulations miliaires dans les poumons, et depuis Laënnec, qui regardait ces granulations comme des tubercules rudimentaires, presque tous les auteurs ont pris pour type de leur argumentation, pour ou contre l'opinion de Laënnec, les granulations miliaires, développées dans le tissu pulmonaire. Il semblerait donc, depuis le si grand nombre d'écrits qui ont eu ce sujet pour objet, que la description des lésions, propres à l'inflammation granulique dans le poumon, ne dût plus rien laisser à désirer. Cependant il n'en est point ainsi, et voici pourquoi : c'est que l'étude anatomique des granulations pulmonaires a été faite indifféremment, selon que l'inflamma-

tion granulique était simple, ou qu'elle était alliée à la tuberculisation; et je dis plus, presque toutes les descriptions récentes, excepté celles de MM. Robin et Bouchut, ont eu pour type, des granulations plus ou moins tuberculisées; comment en aurait-il été autrement, puisque leurs auteurs prenaient pour thème, comme MM. Luys et Vulpian, dans leur dernière monographie, le développement du tubercule, dans le poumon, *par la granulation grise;* le meilleur et le seul moyen de prouver, en effet, que les granulations étaient du tubercule, c'était bien de choisir des granulations fibro-plastiques, sur des sujets déjà en pleine tuberculisation.

Il est résulté de ces travaux, que l'état pathologique du poumon, qui donne lieu à la production des granulations fibro-plastiques, a été méconnue.

Il ne me paraît pas douteux, cependant, que le produit granuleux ne soit précédé dans le poumon, comme partout ailleurs, par une inflammation spéciale; pour s'en convaincre, il faut étudier l'état des poumons, chez des individus qui sont atteints de phthisie galopante, et qui meurent très-rapidement, par le cerveau, à une époque encore très-rapprochée du début de l'affection.

Dans ce cas, on constate que les poumons, qui ne présentent encore qu'un très-petit nombre de granulations toutes récentes et fort petites, sont le siége d'une congestion inflammatoire très-évidente. Cette inflammation n'a pas complétement échappé à mon savant collègue, M. Leudet, à qui nous devons, sur la phthisie aiguë (1), un des meilleurs travaux qui aient été faits.

Après avoir rappelé les observations de M. Louis, dans lesquelles cet auteur signale neuf fois sur treize, l'hépatisation du poumon, et, après avoir fait remarquer, que d'après le docteur Waller, l'hépatisation du poumon serait un phénomène très-rare, que cette hépatisation manque dans le fait de phthisie aiguë, rapporté par M. Marc d'Espines, dans les deux observations de M. Andral, et dans celle de M. Fournet,

(1) Leudet, *Recherches sur la phthisie aiguë*. Thèse inaugurale. 1851.

M. Leudet ajoute : « Une lésion plus fréquente, c'est l'engouement, la congestion du parenchyme pulmonaire, fait si « général, à un dégré plus ou moins étendu, que nous ne « connaissons que trois faits dans lesquels le parenchyme « pulmonaire ait été trouvé libre de cette accumulation de « liquide séro-sanguinolent. »

L'inflammation pulmonaire, telle que l'a vue l'honorable professeur de l'école de Rouen, est bien celle qui appartient à la granulie pulmonaire; et elle a précisément ceci de spécial, qu'elle se caractérise par un état d'engouement du poumon, dû à l'exsudation d'une quantité plus ou moins grande de sérosité albumino-fibrineuse dans ce viscère; mais contrairement à ce qui se passe dans l'inflammation simple, cette sérosité albumino-fibrineuse ne donne pas lieu, par sa coagulation dans cet organe, à l'induration hépatique du parenchyme pulmonaire; mais elle donne lieu aux granulations fibro-plastiques.

Les cas dans lesquels M. Louis et la plupart des autres médecins ont rencontré l'hépatisation pulmonaire, étaient des cas de tuberculisation plus ou moins rapide, avec complication de pneumonie; les cas de ce genre sont extrêmement fréquents.

Il est de la plus haute importance d'éviter une méprise qui a lieu constamment, de la part de ceux qui ne connaissent pas suffisamment les signes cliniques de l'inflammation granulique. Je veux parler de ces pneumonies tuberculeuses, qui surviennent dans le cours d'une phthisie chronique, et quelquefois même à une époque peu avancée de son évolution. On voit les malades être pris assez brusquement d'un état aigu, avec de la fièvre, de la perte d'appétit et un sentiment de malaise général fortement accusé; et si les signes stéthoscopiques ne répondent pas à l'état général, par la démonstration d'une grosse pneumonie intercurrente, on fait assez volontiers de l'état du malade une phthisie aiguë, dans laquelle on trouvera plus tard, à l'autopsie, et des tubercules à différents degrés, et de l'hépatisation rouge ou grise du parenchyme pulmonaire.

Or, il faut bien se garder de confondre l'inflammation du parenchyme pulmonaire, qui complique, dans ce cas-là, la tuberculisation, avec l'inflammation spéciale qui précède et engendre les granulations fibro-plastiques dans le poumon.

Ce sont deux inflammations parfaitement distinctes, et qui s'éloignent autant l'une de l'autre par leurs signes cliniques, que par les altérations matérielles que chacune d'elles laisse sur le cadavre.

Il ne faut donc pas, je le répète, juger de l'inflammation granulique du poumon par son inflammation simple; les caractères anatomiques de l'une sont complétement différents des caractères anatomiques de l'autre.

Jamais l'inflammation granulique ne détermine la suppuration du parenchyme pulmonaire; jamais, par conséquent, elle ne donne lieu à l'hépatisation grise.

Mais il peut arriver, et il arrive souvent, que l'inflammation ait disparu au moment où on étudie les granulations; c'est ce qui arrive presque toujours lorsque les individus sont morts de tuberculisation, consécutive à la production des granulations fibro-plastiques; et c'est ce qui explique comment ceux qui ont pris pour type de leur description des granulations, des tubercules miliaires déjà bien parfaitement tuberculisés, ne devaient plus rencontrer dans le poumon l'engouement inflammatoire primitif de la granulie.

Les auteurs qui ont cherché, après Broussais et après M. Cruveilhier, à faire prévaloir la nature inflammatoire de la tuberculisation, ont appuyé leurs arguments sur l'hypothèse d'un travail phlegmasique, strictement localisé dans le point du poumon occupé par le tubercule ou par la granulation grise.

C'est ainsi que dans l'excellente monographie de mon honorable collègue, M. Luys, sur le mode d'apparition et d'évolution des tubercules dans le tissu pulmonaire (1), cet ingénieux observateur, rajeunissant les anciennes assertions de

(1) *Étude d'histologie pathologique sur le mode d'apparition et d'évolution des tubercules dans le tissu pulmonaire.* Thèse inaugurale. 1857.

Baron, de Dalmazonne et de Rochoux, sur la préexistence à la granulation grise, d'un petit corpuscule rougeâtre, localise le travail pathologique générateur des granulations, dans chaque lobule pulmonaire, qui deviendrait, dans sa manière de voir, le siége d'une forte congestion, bientôt suivie d'une exsudation plus ou moins chargée des éléments du sang.

L'étude trop exclusive des granulations grises dans le parenchyme pulmonaire, avait fait attacher une grande importance à la recherche du siége précis de leur formation dans cet organe; à celle de l'élément anatomique chargé de les produire.

Laënnec, tout en n'attachant qu'une importance médiocre à déterminer rigoureusement le siége anatomique des granulations grises, est porté, néanmoins, à leur attribuer pour siége les vésicules pulmonaires.

M. le professeur Cruveilhier, ainsi que je l'ai dit plus haut, penche vers la même opinion, en faisant remarquer l'affinité des tissus spongieux pour la matière tuberculeuse.

On trouvera encore cette opinion défendue par Schrœder Van der Kolk, Carswell, et par M. Natalis Guillot; cet habile professeur, à qui l'on doit de si belles injections et des détails si intéressants sur la circulation des poumons atteints de tubercule, place ce dépôt pathologique, soit dans les petites bronches, soit dans les derniers cul-de-sac aérifères.

M. Luys, comme je viens de le dire, pense que les lobules pulmonaires sont le siége primitif des granulations.

En jetant un coup d'œil sur tous les organes privés de cellules pulmonaires, qui sont néanmoins atteints de granulations grises, on voit combien est secondaire l'importance d'assigner, dans le poumon, un siége anatomique précis à ces productions morbides.

Pour tous ceux qui se rangeront du côté de l'opinion que je défends, de la production des granulations par l'intermédiaire d'une exsudation fibro-plastique spéciale, la recherche de l'élément anatomique particulier, qui les forme, n'aura pas de raison; mais pour ceux qui attribuent, avec MM. Virchow

et Vulpian, le développement de ces productions pathologiques, à une prolifération des éléments normaux du tissu cellulaire ou de tout autre tissu, force sera bien à eux de ne choisir, comme siége des granulations, qu'un tissu, dont la répartition dans l'économie est tout à fait générale.

Les granulations fibro-plastiques se présentent, d'ailleurs, dans le poumon, avec les divers caractères que je leur ai assignés dans ma description générale. Il serait superflu d'y revenir encore. C'est principalement dans les granulations, provenant des poumons, que les micrographes ont signalé, parmi les éléments accidentels, les cellules épithéliales ; et c'est également dans le poumon que M. Ch. Robin a rencontré les granulations épidermiques qu'il a décrites, et dont voici la description textuelle, telle qu'elle est insérée dans le livre de son zélé collaborateur, M. Bouchut (1). « M. Ch. Robin n'a « observé que quatre fois des granulations de ce genre ; deux « fois chez des enfants de quatre à six ans, deux fois chez « l'adulte. Sur les deux jeunes sujets, des granulations de la « grosseur d'une tête d'épingle à un pois se trouvaient dissé« minées dans toute l'étendue des poumons. Distantes de 1 à « 4 centimètres, elles étaient difficiles à écraser, offraient une « consistance considérable et une friabilité particulière. Ces « granulations faisaient saillie sur la coupe du poumon ; leur « contour net était entouré de tissu pulmonaire vascularisé ; « elles offraient une coloration gris perle, tirant sur le blanc « mat ; elles étaient homogènes dans toute leur épaisseur, et « leur substance se délayait dans l'eau, comme l'amidon se « délaye dans l'alcool.

« On y trouvait des éléments d'épithélium pulmonaire, des « cellules ayant l'aspect pavimenteux, généralement à quatre « ou cinq côtés, de dimensions variables du reste, mais ayant « assez de régularité. Ces cellules, à peu près quadrilatères, « se rapprochaient de la forme pavimenteuse, et étaient nor« malement mélangées aux cellules qui, à l'état normal, ont « la forme cylindrique caractéristique. Le diamètre de ces

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés.* 4e édit., p. 357.

« cellules varie entre 15 et 18 millièmes de millimètre de dia-
« mètre, qui est moitié moindre de celui des épithéliums
« pavimenteux muqueux ou cutanés. Des granulations mo-
« léculaires, n'offrant rien de particulier, se trouvaient mé-
« langées à ces éléments d'épithélium.

« Dans les deux autres cas observés chez l'adulte, des gra-
« nulations analogues aux précédentes se trouvaient distri-
« buées dans les deux poumons, et plus abondamment dans
« les lobes inférieurs que dans les supérieurs. Quelques-unes
« étaient confluentes, d'autres isolées par un centimètre en-
« viron de tissu pulmonaire. Il en résultait un aspect criblé
« particulier. Leur volume variait d'une tête d'épingle à un
« gros pois. Les plus grosses étaient les plus molles, quel-
« ques-unes semblaient ramollies, comme on le voit dans les
« tumeurs épidermiques de la face. Leur couleur était d'un
« blanc grisâtre. On y voyait des fragments écrasés facilement,
« et elles étaient composées de cellules d'épithélium, irrégu-
« lières; les granulations moléculaires étaient plus abondan-
« tes dans toutes les cellules à noyaux sphériques, ou un
« peu ovoïdes. Quelques-unes, mais fort peu, avaient autour
« du noyau des granulations moléculaires jaunâtres, grais-
« seuses. »

Les granulations fibro-plastiques, une fois développées dans le poumon, peuvent y subir incontestablement la tuberculisation; et lorsque les individus qui les portent, n'ont pas été enlevés par l'acuité de l'inflammation granulique, il arrive malheureusement, le plus souvent, qu'ils succombent plus tard à la tuberculisation chronique de ces produits. Cette tuberculisation des granulations pulmonaires est tellement fréquente, qu'elle a servi de type de description à tous ceux qui en ont fait l'objet d'une étude particulière; et je m'étonne que M. le professeur Trousseau ait pu écrire dans sa clinique médicale, à propos de cette tuberculisation, les lignes suivantes (1) : « Un fait essentiel à signaler, il est vrai, c'est que
« quelquefois, mais quelquefois seulement, soit dans les mé-

(1) *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 568.

« ninges, soit dans la plèvre, soit dans les poumons, on trouve « du tubercule, en petite masse, au centre de ces productions « morbides particulières (les granulations). Le fait, je le ré- « pète, n'est pas commun, et s'observe surtout chez les sujets « qui présentent des masses volumineuses d'infiltration grise. « Quelque petits que soient ces tubercules, ils ont une teinte « jaunâtre. On doit se hâter d'ajouter que toujours leur quan- « tité est insignifiante, comparativement à celle des granu- « lations; que ces tubercules n'ont aucune analogie, quant à « leur disposition, avec ceux qui constituent l'élément carac- « téristique de la phthisie ordinaire, et l'on aurait tort d'ad- « mettre, comme on l'a fait, que les premiers sont un degré « moins avancé des seconds. Jamais ceux-ci ne succèdent à « ceux-là, la phthisie galopante entraînant toujours la mort, « bien avant que ces dépôts tuberculeux soient abondants. »

Je ne saurais partager l'opinion de l'illustre professeur sur la rareté de la tuberculisation des granulations grises du poumon; c'est une véritable erreur que repoussent également mes observations personnelles et celles de presque tous ceux qui m'ont précédé dans cette étude. C'est la trop fréquente tuberculisation des granulations grises qui a fait admettre si facilement, à presque tout le monde, depuis Laënnec, qu'elles n'étaient que le premier degré du tubercule, et c'est encore cette même tuberculisation, si fréquente, des granulations qui a pu faire croire à M. Luys (1) qu'elle était *fatale*, et que toute granulation grise devenait tôt ou tard du tubercule.

Je pense, du reste, que les faits qui seront exposés dans la partie clinique de mon travail ne pourront laisser aucun doute sur la possibilité de la tuberculisation des produits de l'inflammation granulique.

J'ai déjà indiqué dans ma description générale, comment les granulations grises peuvent rester inoffensives dans l'organisme, soit en s'entourant d'une petite coque fibreuse, (granulation de guérison du professeur Cruveilhier) soit en se convertissant entièrement en tissu cellulo-fibreux. Je n'ai pas

(1) *Loc. citat.*

encore eu occasion de constater, dans le poumon, ce dernier mode de guérison des granulations; mais puisqu'il a lieu sur les membranes séreuses, il est présumable qu'il peut s'offrir aussi dans le tissu pulmonaire.

Une question pourrait être discutée ici : Celle de savoir si le lieu d'élection du tubercule proprement dit, est le même que celui des granulations.

Sans vouloir entrer ici dans de trop longs développements, je ferai remarquer que les granulations ont au moins autant de tendance à se développer sur la plèvre que sur le poumon, tandis que le tubercule se développe de préférence dans le poumon et n'apparaît primitivement sur la plèvre que très-rarement; que, presque toujours, il n'envahit la plèvre que par l'intermédiaire des granulations, ou par contiguïté, lorsque déjà, il s'est développé dans le tissu pulmonaire, à sa périphérie.

De plus, je ferai remarquer que les granulations, dans le poumon, se dispersent en nombre à peu près aussi considérable à la base qu'au sommet, tandis que le tubercule a une préférence très-marquée pour le sommet du poumon, et que, quand il envahit les granulations, il les envahit de haut en bas, du sommet vers la base; et que, dans ces circonstances, on peut très-bien rencontrer des granulations encore vierges de toute tuberculisation, à la base du poumon, tandis qu'elles sont complétement tuberculisées dans le sommet. Le lieu d'élection des deux produits n'est donc pas positivement le même.

C. — *De l'inflammation granulique dans les ganglions lymphatiques.*

Dans tous les cas de granulie que j'ai observés, j'ai constamment trouvé les ganglions lymphatiques correspondant aux organes qui étaient atteints d'inflammation granulique, plus ou moins altérés. Dans la période la plus aiguë de l'inflammation, les ganglions lymphatiques sont considérablement

augmentés de volume; leur grosseur varie de celle d'un pois à celle d'une petite noisette; leur tissu est fortement congestionné; il est rougeâtre, et il a la plus grande ressemblance avec celui qu'il présente dans la période d'état de la fièvre typhoïde. A une période plus avancée, lorsque l'état aigu est terminé, et qu'il ne reste plus dans les organes abdominaux que des granulations miliaires, sans congestion inflammatoire, le volume des ganglions lymphatiques diminue, et ils deviennent durs et grisâtres à leur intérieur.

Jamais, comme je l'ai dit plus haut, je n'ai rencontré de granulations grises dans les ganglions lympathiques; sans nier d'une manière absolue la possibilité de leur développement dans ces organes, puisque des observateurs très-autorisés croient les y avoir vues, je puis affirmer, du moins, qu'elles y sont très-rares, puisqu'il n'y en avait dans aucun des cas que j'ai étudiés.

M. le professeur Cruveilhier, à propos de la tuberculisation des ganglions lymphatiques, émet l'idée que des granulations grises doivent précéder, dans ces organes, la tuberculisation, et qu'elles se développent dans les cellules du ganglion. J'avoue qu'aucun des faits sur lesquels l'honorable professeur appuie son opinion, ne me paraît prouver d'une façon irrécusable, l'existence de véritables granulations grises demi-transparentes dans les ganglions lymphatiques. Quant à moi, je le répète, je les ai vainement cherchées dans tous les cas de granulie que j'ai rencontrés, et, alors même qu'un grand nombre de ganglions étaient tuberculisés, je n'ai pu trouver dans leur intérieur de véritables granulations grises.

Cette absence du produit granuleux dans les ganglions lymphatiques donne-t-elle à penser que la cause morbifique ne porte pas directement son action sur ces organes, et qu'ils ne sont enflammés que secondairement, que consécutivement à l'inflammation des membranes séreuses, et des organes qu'elles tapissent? La question est litigieuse. En général, le tissu ganglionnaire ne se prend pas d'emblée d'inflammation; c'est presque toujours consécutivement à l'inflammation des organes ou des membranes d'où partent les vaisseaux lympha-

tiques, que l'on observe l'inflammation ganglionnaire; dans les cas de granulie bien généralisée, faut-il admettre que les ganglions bronchiques ne sont tuméfiés, congestionnés, rougeâtres et ramollis que parce que les plèvres et le poumon sont le siége de l'inflammation; faut-il admettre que les ganglions mésentériques n'offrent les mêmes altérations que parce que le péritoine, la rate, etc.., sont atteints de la phlegmasie? j'avoue que j'hésite à trancher cette question; une des raisons qui pourraient écarter l'idée que les ganglions reçoivent directement l'effet de la cause morbifique, c'est que ceux qui sont enflammés sont précisément ceux qui sont en rapport avec les viscères enflammés; et que les ganglions extérieurs, tels que ceux de l'aisselle, et ceux de l'aine, ne participent pas plus au gonflement pathologique dans la granulie, qu'ils n'y prennent part dans la dothiénentérie.

L'absence de granulations dans leur intérieur, à la suite de leur inflammation, ne serait peut-être pas une raison suffisante pour éloigner l'idée d'une inflammation primitive; car la même chose a lieu pour le cerveau, qui ne devient pas non plus le siége de granulations, bien que l'inflammation granulique y sévisse avec puissance, et en ramollisse le tissu central d'une façon si remarquable.

S'il devenait rigoureusement démontré que l'inflammation granulique n'envahit pas directement les ganglions bronchiques et abdominaux, et que cette inflammation n'a aucune affinité pour eux, ce serait encore un argument sérieux contre l'identité de sa nature et de celle de l'action pathologique tuberculisante. En effet, aucun organe ne me paraît plus apte à se tuberculiser que les ganglions lymphatiques; et quand la granulie éclate sur un sujet dominé par la diathèse tuberculeuse, et le tue, on peut découvrir, le plus souvent, sur son cadavre, un ou plusieurs ganglions lymphatiques déjà tuberculisés.

De tout ce qui précède, il y a au moins un fait qui doit ressortir, c'est que l'aptitude des tissus à la tuberculisation ne mesure pas leur aptitude à la granulation.

Les ganglions lymphatiques qui sont revêtus par les plèvres

et par le péritoine, offrent par fois à leur surface des granulations; mais elles appartiennent, bien évidemment, dans ce cas, à la membrane séreuse.

D. — *De l'inflammation granulique de la rate et des principaux viscères abdominaux.*

Parmi les organes de l'abdomen qui présentent le plus habituellement l'empreinte de l'inflammation granulique, la rate se présente tout d'abord. Elle est presque constamment atteinte dans cette affection. Son volume est considérablement augmenté, sa surface, revêtue par le péritoine, présente les altérations propres à cette membrane séreuse, et très-souvent des granulations fibro-plastiques; elle est le siége d'une forte congestion; son tissu est ramolli, friable et ressemble beaucoup à ce qu'il est dans la fièvre typhoïde.

Cette remarque a déjà été mentionnée par M. Leudet (1) : « Outre l'augmentation de volume, le parenchyme de la rate « offrait encore, dans ces cas, un ramollissement marqué, une « congestion rappelant son aspect dans les pyrexies, comme « la variole et la fièvre typhoïde. Plusieurs fois M. Waller « signale des tubercules dans son épaisseur; nous n'en avons « pas encore observé. »

Il n'est pas rare de trouver les granulations grises dans le parenchyme de la rate; elles sont quelquefois groupées les unes à côté des autres, de manière à former de petites masses irrégulièrement arrondies et crénelées, un peu colorées en rouge par la boue splénique. Elles sont d'ailleurs aussi susceptibles de se tuberculiser dans la rate que partout ailleurs, et je les ai plusieurs fois rencontrées dans cet état.

Le foie m'a paru aussi, dans quelques cas, être le siége d'une congestion pathologique dans la granulie. Il était augmenté de volume, et son tissu était plus mou et plus friable

(1) *Loc. citat.*, p. 17.

qu'à l'état normal. Deux fois j'y ai rencontré des granulations grises extrêmement petites et molles. Il est assez fréquent d'en rencontrer à sa surface péritonéale.

Le pancréas ne m'a pas paru être le siége d'altérations spéciales dans cette affection.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur les autres organes qui ne sont qu'exceptionnellement le siége de l'inflammation granulique. Les reins sont parfois un peu congestionnés, et peuvent, d'après les auteurs, présenter à leur intérieur des granulations grises.

J'ai recherché dans un très-grand nombre de cas, si les urines étaient albumineuses. Je ne les ai jamais trouvées chargées d'albumine, dans les cas où l'inflammation granulique était simple; mais chez deux individus qui étaient en même temps atteints de tuberculisation, j'ai trouvé une forte quantité d'albumine dans leur urine; et, à l'autopsie, la substance corticale des reins était congestionnée, ramollie, et se laissait entraîner par petits fragments avec la tunique fibreuse; il n'y avait du reste, dans ces cas, aucune granulation grise dans le parenchyme rénal.

Je n'ai rencontré qu'une fois les testicules congestionnés et rougeâtres à l'intérieur; la tunique vaginale était le siége d'un peu de sécrétion albumino-fibrineuse, et on trouvait, à sa surface, quelques petites granulations blanchâtres, qui m'ont paru être plutôt de petits fragments de fibrine coagulée, que de véritables granulations.

J'ai rapporté plus haut, le fait d'une tuberculisation des testicules chez un individu atteint de granulie. (Voy. chap. X, obs. n° 3 de Saint-Benjamin.)

Les ovaires présentent parfois à leur surface des granulations grises, je n'ai rien constaté de particulier dans leur intérieur.

III

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INFLAMMATION GRANULIQUE DES MEMBRANES MUQUEUSES.

L'état des membranes muqueuses est très-important à étudier dans la granulie; il établit une différence marquée entre les diverses espèces de phthisies aiguës admises par les auteurs; et il montre combien la granulie s'éloigne de la tuberculisation aiguë, non-seulement sous le rapport de ses produits pathologiques, mais encore sous celui du siége de ses déterminations locales, et de l'aptitude différente des tissus à les recevoir.

Les membranes muqueuses, en effet, qui ont tant d'affinité pour les inflammations scrofuleuses et tuberculeuses, n'en ont aucune pour l'inflammation granulique.

Quelle que soit la forme prédominante de l'affection, qu'elle se signale plus expressément par les troubles cérébraux, par ceux du thorax, par ceux de l'abdomen, ou par l'état typhoïde, les membranes muqueuses restent indemnes de tout effet morbide.

Lorsque la maladie affecte la forme cérébrale, il y a sans doute, à un certain moment, sous l'influence de la perturbation des fonctions nerveuses, de grandes inégalités dans la respiration, qui devient anxieuse, précipitée, ou d'une extrême lenteur; mais, dans ces cas, il n'y a ni toux ni expectoration; et, à l'autopsie, l'on ne trouve aucune lésion inflammatoire du côté de la membrane muqueuse des bronches, non plus que du côté de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Dans la forme thoracique de la maladie, lorsque les plèvres deviennent le siége d'épanchements de sérosité, ou qu'avec le poumon, elles sont envahies par des granulations grises abondantes, le malade éprouve encore de la dyspnée, de l'accélération dans la respiration; mais il a peu de toux, et il n'expectore presque pas; la toux, dans cette circonstance,

s'explique par action réflexe, et est encore plutôt sympathique de l'inflammation pleuro-pulmonaire, qu'elle n'est symptomatique de l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches; car l'examen cadavérique démontre que cette inflammation n'existe pas.

Enfin, dans la forme la plus générale de la maladie, et lorsque tous les symptômes locaux sont dominés par un état général typhoïde, lorsqu'il y a tendance à une hypérémie passive de tous les tissus, et à l'engouement de tous les organes, l'examen anatomique le plus scrupuleux des membranes muqueuses, démontre que ces membranes ne sont pas le siége de l'inflammation granulique.

Si quelques auteurs ont admis une forme *catarrhale* de phthisie galopante, c'est qu'ils n'ont point reconnu toute la différence qui existe entre cette affection et la phthisie aiguë-tuberculeuse. Il me suffira, pour le prouver, de rapporter l'observation sur laquelle M. le professeur Trousseau fonde sa distinction d'une forme catarrhale et d'une forme typhoïde de la maladie (1). « Quelques-uns d'entre vous se rappelleront « sans doute une jeune femme de vingt et un an, qui fut « couchée au n° 10 de la salle Saint-Bernard; elle n'était « malade que depuis trois mois. Habituellement bien portante « jusque là, elle quitta son pays à cette époque pour venir « habiter Paris. A partir de ce moment, sa santé se dérangea; « son appétit avait diminué; elle perdait sensiblement de ses « forces. Cependant, elle continuait de se livrer à ses travaux « de ménage, lorsque, trois semaines avant son entrée à « l'hôpital, elle fut obligée de s'aliter. Elle avait alors de la « *diarrhée*, accompagnée de coliques; et cette diarrhée, reve-« nant d'abord par intervalles assez éloignés, persista bientôt « chaque jour, et devint très-considérable. En même temps, « la malade était prise d'accidents du côté de la poitrine, de « *toux*, d'*expectoration abondante*, sans avoir eu de crache-« ment de sang; en même temps aussi, elle avait une fièvre « assez vive.

(1) *Clin. méd.*, t. I, p. 569.

« A l'arrivée de cette jeune femme, nous fûmes frappés de « son air d'abattement et de stupeur. La réaction fébrile était « intense, la peau chaude et sèche ; le pouls fréquent, plein « sans irrégularité, sans dicrotisme. La diarrhée était abon- « dante et les évacuations étaient jaunes.

« Cinq jours après, survenait du délire. La toux fréquente, « des *crachats muco-purulents* que nous trouvions dans le « crachoir, attirant notre attention plus spécialement du côté « de l'appareil respiratoire, nous entendions en arrière, à « l'auscultation, des *râles muqueux gros*, des râles sibilants, « disséminés dans toute l'étendue des poumons. En avant, au « niveau de la clavicule gauche, nous produisîmes, par la « percussion, un *bruit de pot fêlé*, et nous constations une « diminution de la sonorité thoracique ; nous entendions, en « outre, des râles muqueux gros, de *véritables gargouille- « ments*, et en un point, du *souffle caverneux.*

« Quelques jours plus tard, elle succombait, et nous cons- « tations l'existence des lésions que je vous ai signalées tout- « à-l'heure. »

Les lésions signalées tout à l'heure par le célèbre professeur, étaient précisément les granulations fibro-plastiques, telles que les ont décrites MM. Robin et Bouchut, et dont M. Trousseau regarde l'envahissement par le tubercule comme exceptionnel (1). Or, il est bien évident, en lisant l'observation que je viens de rapporter, que M. Trousseau confond la phthisie rapide avec la phthisie galopante ; et que le cas sur lequel il appuie sa description est tout au plus un exemple de la simultanéité des deux maladies sur le même sujet ; car ce bruit de pot fêlé, ce gargouillement, ce souffle caverneux, ce sont précisément les signes de la tuberculisation pulmonaire au troisième degré.

J'insiste autant sur ce point, parce que l'intégrité des membranes muqueuses, dans la granulie, est un fait de premier ordre, qui établit immédiatement une différence capitale entre la scrofule aiguë, la tuberculisation aiguë et la granu-

(1) Trousseau, *Clin. méd.*, p. 568.

lie ; et si cette distinction n'a pas encore été faite, c'est parce que presque tous les auteurs ont réuni jusqu'ici trop facilement ensemble, la phthisie rapide et la phthisie galopante, la tuberculisation aiguë et la granulie.

M. Leudet, dans sa thèse sur la phthisie aiguë, signale aussi, sinon l'absence, du moins la rareté de l'altération des membranes muqueuses dans cette maladie. Il dit avoir vu deux fois les follicules isolés de l'intestin grêle, légèrement développés et saillants, mais sans aucune altération. Ce développement des follicules est tout accidentel, et se rencontre dans les maladies les plus diverses ; quelquefois il se montre à la suite de purgations réitérées, et il n'est pas un signe de granulie.

M. le professeur Cruveilhier, en décrivant tous les modes de tuberculisation des membranes muqueuses, fait remarquer que, chez elles, la tuberculisation « ne se fait pas par une « sorte d'éruption comme dans les membranes séreuses (1), » et qu'on n'y découvre pas de granulations grises. Néanmoins, l'inflammation aiguë ou chronique des membranes muqueuses est extrêmement fréquente dans la scrofule et la tuberculisation. Les conjonctivites, les coryzas, les pharyngo-laryngites, les bronchites, les entérites, etc., etc.., sont, on ne peut plus souvent, des manifestations scrofulo-tuberculeuses.

« Les tubercules de la membrane muqueuse de l'intestin, « écrit M. Cruveilhier, sont très-fréquents ; si bien qu'on « pourrait admettre une forme particulière d'entérite chro- « nique, sous le titre d'entérite tuberculeuse. Ainsi, lorsque « les tubercules ont envahi les poumons, il arrive presque « toujours, (on pourrait dire toujours, car c'est une loi) qu'à « une période plus ou moins avancée, à la période fébrile, « les follicules intestinaux, soit solitaires, soit agminés, « deviennent tuberculeux. »

En définitive, il me paraît bien positif que le tissu muqueux est un lieu d'élection des inflammations scrofuleuses, qui

(1) *Loc. cita.*, p. 713.

accompagnent si souvent le travail de tuberculisation ; et que ce tissu n'a aucune aptitude à l'inflammation granuleuse ; ce qui établit entre ces maladies une différence importante.

IV

DE L'ÉTAT DU SANG DANS LA GRANULIE.

Le sang tiré de la veine d'un individu atteint de granulie, est ordinairement coënneux à la surface du caillot ; je n'ai fait, du reste, aucune analyse qui établisse dans quel rapport la fibrine augmente dans cette maladie ; c'est encore une question à étudier.

CHAPITRE IV

DE LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA GRANULIE.

Difficulté d'un tableau général des symptômes de l'affection. — Difficulté de description, souvent accrue par le mélange des symptômes de la tuberculisation avec ceux de la granulie. — L'affection granulique n'a pas de période régulière. — Le début est lent, insidieux, sans secousse violente de l'organisme; symptômes céphaliques, céphalalgie, trouble des sens, hallucinations, vertiges. — Symptômes thoraciques, pleurodynie, toux, épanchement pleurétique, symptômes abdominaux, anorexie, nausées, vomissement, péritonite. — Terminaison par la guérison, par une mort rapide, ou par la tuberculisation.

Il me paraît extrêmement difficile de faire une description générale des symptômes de la granulie, tant les manifestations de cette affection sont variées et inconstantes, d'un cas particulier à un autre.

Pour réunir dans un même tableau l'ensemble des symptômes de la maladie, il faudrait se placer dans les conditions d'un artiste qui serait tenu de donner l'idée d'un pays, en réunissant sur sa toile les exemples les plus propres à caractériser les accidents du sol, les montagnes, les cours d'eau, l'aspect de la végétation, etc, etc.; sans doute le peintre prendrait d'après nature, tous les détails de son œuvre, et ne ferait rien que de vrai; mais l'ensemble du tableau serait nécessairement laissé à la poésie de son imagination, et à l'habileté de son génie.

Aussi, en cherchant à donner une idée générale de la granulie, je ne me fais aucune illusion sur l'imperfection et les défectuosités qu'aura mon esquisse; car, sans parler des difficultés qui relèvent du peu de talent de l'écrivain, il en est de totalement inhérentes au sujet lui-même; et ce sera déjà faire faire un pas au lecteur dans la connaissance de cette affection, que de lui montrer en quoi une description d'en-

semble de la maladie est si difficile à faire avec les cas particuliers.

La granulie est une affection très-générale, mais dont les manifestations ne sont pas également généralisées chez tous les sujets.

Elle intéresse l'économie tout entière, mais avec des symptômes aussi variables par leur intensité que par leur nombre, et par l'ordre de leur succession.

En passant en revue les altérations anatomiques de la maladie, on a vu combien celles-ci pouvaient être disséminées et multipliées dans l'économie; or, il importe de bien comprendre que l'inflammation granulique n'envahit pas, à la fois, tous les organes pour lesquels elle a de l'affinité; que ceux qu'elle envahit ne le sont pas tous avec la même intensité; et que l'ordre dans lequel ils le sont n'offre aucune régularité.

De la vivacité inégale des poussées phlegmasiques, sur les différents appareils, il résulte que la maladie revêt des formes diverses; qu'elle prend tantôt les symptômes d'une méningite, tantôt ceux d'une phthisie galopante, ou d'une fièvre typhoïde. Ce qu'il ne faut pas encore perdre de vue, c'est qu'il n'y a pas toujours de continuité dans la forme initiale de la maladie; qu'elle peut être thoracique ou abdominale au début, et devenir rapidement cérébrale ou typhoïde.

Ce qui rend encore très-difficile une description générale de la maladie, indépendamment de ses changements de forme, et de la prédominance irrégulière et alternative de ses symptômes, c'est qu'elle est très-fréquemment alliée à la tuberculisation chronique ou aiguë, de sorte que les symptômes des deux maladies se mêlent ensemble, et qu'il faut une certaine sagacité pour dédoubler l'état pathologique du malade, et faire avec justesse, la part des deux affections.

L'affection granulique, envisagée dans son ensemble, ne présente pas de périodes naturellement délimitées; elle diffère complétement en cela des fièvres éruptives, dans lesquelles les symptômes se succèdent par groupes dans un ordre défini; et dans lesquelles, l'évolution de chaque lésion particulière est subordonnée au mouvement pathologique général.

Dans la granulie, l'évolution des lésions est plus individuelle et plus indépendante ; l'inflammation parcourt ses phases plus isolément, sur chacun des organes qu'elle envahit successivement; de sorte, qu'il n'y a pas de périodes régulières, dans la maladie générale. Il serait tout au plus possible de reconnaître des périodes aux symptômes qui sont directement liés à l'inflammation locale, à ses différents degrés.

Dans la forme méningitique de l'affection, il a été possible, à quelques auteurs, d'établir, dans les symptômes, des périodes plus ou moins en rapport avec le degré de désorganisation des organes encéphaliques.

Mais ces divisions, basées, soit sur l'état du pouls, soit sur l'excitation du système nerveux, les convulsions ou la paralysie, sont toutes, plus ou moins arbitraires, et ne sauraient être admises dans la maladie générale.

La maladie débute sans prodrômes; on a pris souvent pour tels les symptômes de la tuberculisation, lorsque la maladie se développe sur un tuberculeux ; on a pris souvent aussi pour des prodrômes, les symptômes de l'affection générale, alors qu'on n'avait en vue que ceux de la méningite.

En effet, les auteurs qui ont pensé que toute la maladie était dans l'encéphale, et qui l'ont décrite sous les noms de méningite, de fièvre cérébrale, d'hydrocéphalie, etc., ont souvent pris pour prodrômes, les symptômes de la maladie, déjà plus expressément localisée du côté de quelqu'autre appareil.

Mon collègue M. Bouchut, en donnant le nom de période de germination aux symptômes précurseurs de ceux de l'encéphalite, prouve qu'il a très-bien vu, qu'un état maladif précédait souvent l'explosion des symptômes encéphaliques ; mais l'idée qui est renfermée dans ce mot de germination ne me paraît pas exacte, en ce qu'elle dédouble en deux temps un processus morbide unique.

Elle fait supposer que des granulations se développent d'abord dans l'encéphale, et, puis qu'au bout d'un certain temps, elles appellent, par leur présence, la fluxion cérébrale, la méningo-encéphalite.

Je me suis déjà élevé contre cette interprétation, qui est

généralement acceptée ; elle ne me paraît pas légitimée par les faits; l'inflammation granuleuse méningo-encéphalique n'est nullement subordonnée à la présence des granulations, et elle peut déterminer la mort, bien avant que les granulations ne soient produites.

Que la maladie granuleuse survienne chez un individu bien portant, ou bien chez un individu déjà tuberculeux, elle s'empare presque toujours de l'organisme avec calme, sans en ébranler tous les rouages par une violente secousse ; sans frisson, sans convulsion et presque sans fièvre.

Les malades éprouvent du malaise avec amoindrissement des attributs de la santé ; mais sans douleur bien déterminée ; ils deviennent tristes, peu disposés au travail ; ils sont irritables, irascibles ; ils recherchent la solitude; leurs facultés affectives sont modifiées, atténuées ou exaltées; ils sont inquiets sans motif; en même temps le sommeil les abandonne ; ils passent la nuit entière sans dormir ; à penser ; et chose digne de remarque, à penser souvent à des choses qui n'ont pas d'importance ; qui ne les préoccupent pas dans leur état de santé, et qui cependant les obsèdent et les fatiguent; auxquelles ils ne peuvent pas se soustraire.

Ils perdent l'appétit; les instincts de faim et de soif s'atténuent; leur langue se recouvre d'un très-léger enduit saburral, et ce qu'ils mangent ne leur donne aucune satisfaction, mais plutôt du dégoût.

Après quelques jours de ces malaises, et quelquefois presque simultanément, apparaissent des symptômes plus directement en rapport avec le siége des altérations anatomiques.

Les malades prennent du mal de tête, la douleur est diffuse; elle s'accroît par moments, puis elle diminue; mais elle persiste toujours; toute la tête est lourde, et les malades ne sauraient dire à quel endroit ils souffrent; cependant, chez quelques-uns, la céphalalgie est plus précisément sus-orbitaire ou occipito-frontale; il survient quelque trouble des sens; des tintements et des bourdonnements d'oreille ; parfois de véritables hallucinations de l'ouïe, et les malades croient entendre de la musique, le bruit du tambour, le son du violon.

La vue devient péniblement sensible à la lumière; les malades craignent le grand jour et recherchent l'obscurité; et, signe de haute valeur, malgré cette hypéresthésie de la vue, qui va parfois jusqu'à la photophobie, les pupilles sont dilatées et peu contractiles; quelquefois elles sont inégalement dilatées; c'est-à-dire que celle d'un côté l'est plus que l'autre. Il peut survenir aussi de l'hémiopie, les individus ne voyant, par moment, que la moitié des objets.

M. Trousseau rapporte un exemple de cette singulière altération de la vue, comme symptôme de la fièvre cérébrale. Il s'agissait d'une petite fille, âgée de six ans, qui ayant été placée près de la croisée, et étant déjà au troisième ou quatrième jour du début de la fièvre cérébrale, dit à sa mère : « ah ! maman, que c'est drôle ! vois donc ce petit garçon qui joue au cerceau dans la rue, il n'a qu'une moitié de blouse, qu'une moitié de figure (1) ! »

L'olfaction est moins fréquemment lésée que la vue ; cependant chez quelques malades, on rencontre une exaltation de ce sens, qui rend les odeurs les plus douces extrêmement désagréables. La membrane pituitaire est très-fréquemment le siége d'hémorrhagies. Les épistaxis se rencontrent presque aussi souvent que dans la fièvre typhoïde; mais elles sont rarement abondantes. Le goût est souvent altéré, et les malades ne trouvent rien de bon, rien qui les satisfasse, ni comme boisson, ni comme aliment.

Ces divers troubles de l'innervation s'accompagnent, le plus souvent, de tendance aux vertiges et aux nausées. Si les malades se lèvent, et s'ils marchent, ils disent que la tête leur tourne, et que les objets qu'ils voient vacillent; il y a, en définitive, un ensemble de troubles du côté du système nerveux, qui se rapproche de celui que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde; avec ceci toutefois de très-considérable, que dans cette dernière maladie, il y a une extrême prostration des forces, et que les malades titubent sur leurs jambes, autant par faiblesse que par vertiges; tandis que dans la granulie, il

(1) Trousseau, *Clin. méd.*, t. II, p. 315.

y a le plus habituellement au début, conservation des forces, et absence de ce sentiment de faiblesse musculaire.

Si, comme il arrive ordinairement, l'inflammation granulique se développe du côté des organes respiratoires, et vient frapper les plèvres, on voit quelques symptômes apparaître aussi du côté de la poitrine ; les malades éprouvent un peu de dyspnée, une douleur vague dans les côtés; quelquefois une véritable douleur pleurétique, dans la région sous mammaire. D'autres fois, une sorte de ceinture douloureuse occupant la base du thorax.

Cependant les malades ne toussent pas, ou s'ils ont de la toux, elle est insignifiante ; ils ne crachent pas non plus. L'exploration physique du thorax vient alors démontrer qu'un léger épanchement s'est développé dans l'un des deux côtés de la poitrine, souvent des deux côtés à la fois; mais dans ce cas, l'un des épanchements est presque toujours plus abondant que l'autre. Ces épanchements pleurétiques se résorbent en quelques jours avec une rapidité peu commune dans la pleurésie simple. Ils changent aussi quelquefois de côté ; de droite, ils se portent à gauche, ou réciproquement.

La pleurésie, à des degrés divers, est presque toujours double dans la granulie; et si ce fait n'a pas été signalé, c'est sans doute, d'une part, qu'on n'y regardait pas d'assez près, et que, d'autre part, ces épanchements sont souvent très-peu copieux. La circonstance d'une double pleurésie est cependant, comme on le verra plus loin, d'une grande valeur pour le diagnostic.

Cependant, la perte d'appétit continue, le malade a des nausées, et souvent des vomissements. L'inflammation granulique se porte sur le péritoine ; le ventre devient sensible à la pression, dans presque toute son étendue, et plus particulièrement du coté des flancs, des hypochondres et de la région splénique ; ses parois se contractent, et selon la vivacité de la péronite granulique, il se ballonne un peu, ou bien il se déprime et s'aplatit. On perçoit parfois, en déprimant les parois du ventre avec la main, une sorte de frottement péritonéal qui rappelle la sensation que produit une masse d'amidon que

l'on comprime entre les doigts; très-exceptionnellement, il survient de l'ascite, les malades n'éprouvent pas de coliques; ils ont rarement de la diarrhée, ils sont généralement constipés.

Cet ensemble de symptômes s'accompagne d'un état général, ordinairement peu inflammatoire; si, dans quelques cas, la fièvre est vive et la chaleur de la peau considérablement accrue, dans beaucoup d'autres cas, la fièvre est très-modérée, le pouls ne s'élève pas au delà de 90 à 100 pulsations, et la chaleur de la peau n'est que médiocrement élevée.

Dans quelques circonstances, il se développe un véritable état typhoïde, qui domine tous les symptômes locaux; les malades tombent dans la stupeur; la langue, les gencives et les dents se couvrent de fuliginosités; le pouls prend de la fréquence, en même temps qu'il devient mou et petit; la circulation capillaire s'embarrasse; les organes s'engouent; la rate devient très-grosse, et le malade ressent tous les effets d'une adynamie profonde.

L'état pathologique du malade peut durer ainsi pendant quelques jours; pendant quelques semaines; rarement au delà d'un mois; après quoi, voici ce qu'il advient : ou bien les symptômes se dissipent, et le malade paraît recouvrer la santé; ou bien, l'inflammation granulique fait de nouveaux progrès; elle se porte, avec plus de vivacité, sur les organes encéphaliques, sur ceux de la poitrine, ou sur ceux de l'abdomen; et elle enlève rapidement les malades, sous forme de méningite, ou de phthisie galopante, avec état typhoïde.

Lorsque les malades ne sont pas lestement emportés par la maladie, sous une des formes aiguës que je viens d'indiquer, et que les symptômes se dissipent peu à peu, leur guérison définitive n'est pas encore néanmoins certaine; car ils peuvent éprouver une nouvelle atteinte de la maladie, ou bien ils peuvent mourir plus tard de la tuberculisation.

En effet, la prédisposition générale à la maladie persiste un certain temps, et, après quelques mois d'un calme parfait, une nouvelle poussée d'inflammation granulique peut éclater de nouveau, vers l'une des trois cavités, et enlever le malade.

La granulie est une maladie à récidive; elle revient volon-

tiers chez ses premiers hôtes, comme le rhumatisme, comme l'érysipèle, comme la pneumonie, avec ceci de particulier que, contrairement à ces maladies, elle revient plus grave à chaque nouvelle attaque.

Si le malade est assez heureux pour ne pas éprouver une nouvelle atteinte de la maladie, il reste, néanmoins, très-prédisposé à la tuberculisation d'une partie des granulations qui se sont développées dans les méninges, dans les organes thoraciques, ou dans l'abdomen; de sorte, qu'après un temps plus ou moins long de guérison apparente, il peut encore mourir de tuberculisation chronique.

Après les considérations dans lesquelles je viens d'entrer, sur l'ensemble de la maladie, il est indispensable, pour acquérir une connaissance plus exacte de ses symptômes, de s'arrêter à chacune des formes symptomatologiques, sous lesquelles on la rencontre à la clinique.

Nous allons donc étudier successivement les symptômes de l'affection granulique dans les conditions suivantes :

1° Granulie, dont les symptômes sont plus ou moins disséminés du côté des organes contenus dans les trois cavités, et qui s'accompagne d'un état général typhoïde plus ou moins prononcé.

2° Granulie, dont les symptômes prédominent du côté du système nerveux, et donnent à la maladie une forme cérébrale.

3° Granulie, dont les symptômes prédominent du côté des organes respiratoires, et donnent à la maladie une forme thoracique.

4° Granulie, dont les symptômes prédominent du côté des organes abdominaux, et donnent à la maladie une forme péritonéale.

5° Granulie associée à la tuberculisation, sous ses formes aiguë et chronique.

6° Enfin, en étudiant la marche et les diverses terminaisons de la maladie, j'examinerai un sixième groupe de malades que je considère comme des exemples de granulie guérie.

CHAPITRE V

AFFECTION GRANULIQUE A FORME TYPHOIDE.

La maladie affecte souvent la forme typhoïde, et simule la fièvre de ce nom. — Les symptômes de la maladie ne sont pas des prodrômes. — L'hypéresthésie est un symptôme d'une grande valeur. — La tache cérébrale hyperhémique est un symptôme qui appartient indistinctement à toutes les formes de la granulie. — Ballonnement du ventre ; il a sa raison dans la péritonite ; il y a quelquefois aussi du gargouillement dans l'abdomen. — Discussion clinique des observations.

Lorsque l'inflammation granulique se développe simultanément sur presque tous les organes qui sont susceptibles d'en être atteints, la maladie se présente avec un ensemble de symptômes, très-analogue à celui des maladies générales ; et pendant les premiers jours, quelquefois même jusqu'aux derniers, elle ressemble, à s'y méprendre, à une fièvre typhoïde.

L'inflammation granulique, comme j'ai cherché à le faire ressortir dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, n'a pas la vivacité des inflammations franches ; elle parcourt l'arachnoïde et la pie-mère en y versant sa lymphe fibro-plastique, sans y causer la fluxion active qui est inséparable d'un violent orgasme inflammatoire. Il en résulte que les symptômes qui appartiennent à l'inflammation granulique des méninges, diffèrent considérablement des symptômes bruyants d'une méningite simple, ou d'une méningite traumatique ; et qu'ils ne se traduisent pas immédiatement par le délire, les convulsions, la contracture, la fièvre intense, etc., etc.

L'inflammation granulique se comporte de la même manière du côté des plèvres et du poumon ; elle envahit ces organes sans éveiller toutes les sympathies morbides qui se re-

lient à une inflammation violente ; aussi, la fièvre, la dyspnée, la douleur de côté, la toux, l'oppression, sont-ils en général à leur minimum d'intensité, sous l'influence spécifique de cette inflammation.

Le péritoine, si intolérant vis-à-vis des phlegmasies purulentes, supporte aussi l'inflammation granulique sans trop d'irritation ; et les symptômes qui dénotent sa participation à la maladie, ne sont pas comparables, par leur peu de vivacité, à ceux d'une péritonite par perforation de l'intestin ; ou à ceux de la péritonite des nouvelles accouchées.

De la simultanéité du développement de l'inflammation granuleuse du côté des trois cavités, il résulte un ensemble de symptômes, fort analogue à celui des fièvres continues, comme quelques exemples, tirés de ma clinique, vont le prouver.

Une femme âgée de vingt-huit ans, entrait, au mois d'avril 1862, dans le service de M. le professeur Rostan, pendant que je le remplaçais à l'Hôtel-Dieu, dans le cours de clinique médicale.

Douée d'une belle et forte constitution, jouissant ordinairement d'une très-bonne santé, et n'ayant aucun mauvais antécédent héréditaire, cette femme n'était malade que depuis quinze jours, lors de son entrée à l'hôpital.

Depuis cette époque, nous dit-elle, elle éprouvait un malaise continuel ; elle avait par moments de la fièvre ; elle se sentait la tête très-lourde ; elle ne dormait plus la nuit, et elle avait totalement perdu l'appétit ; elle n'avait eu, d'ailleurs, ni épistaxis, ni toux, ni expectoration, ni coliques, ni diarrhée.

Lors de notre premier examen, la fièvre était modérée, le pouls battait 88 fois par minute ; la malade se plaignait de mal de tête, en indiquant le front et les tempes comme siéges prédominants de la douleur. Il n'y avait de notable, comme troubles des sens, que des bourdonnements et des sifflements d'oreilles. La malade ne dormait plus, elle se sentait très-faible sur ses jambes, et ne pouvait pas marcher sans éprouver quelques vertiges ; cependant elle était venue à pied à l'hô-

pital. Son intelligence était très-nette, et elle répondait très-convenablement à toutes nos questions.

Elle avait peu de soif; la langue était blanche et humide; l'appétit non-seulement était nul, mais la malade éprouvait un dégoût très-prononcé pour toute espèce d'aliments, et disait se sentir la bouche très-mauvaise. Il n'y avait pas de vomissements. Le ventre était souple; un peu sensible à la palpation, particulièrement vers la région iliaque droite, où l'on percevait un peu de gargouillement, bien qu'il n'y ait pas eu de garderobe depuis plusieurs jours.

La peau du ventre ne présentait, ni tache rosée lenticulaire, ni sudamina. Les urines n'offraient rien de particulier. La malade ne toussait pas, ne crachait pas, et l'exploration physique du thorax ne fit découvrir aucun signe.

En présence de cet état pathologique qui durait déjà depuis quinze jours, et prenant en considération le peu d'intensité du mouvement fébrile, la céphalalgie persistante, les bourdonnements d'oreilles, l'insomnie, la tendance aux vertiges, le sentiment de faiblesse, accusé par la malade; rapprochant de ces symptômes la perte de l'appétit, l'état saburral de la bouche, la sensibilité du ventre, plus prononcée du côté de la région iliaque droite que partout ailleurs, et la production d'un peu de gargouillement, malgré la constipation, je pensai que nous avions affaire à une de ces formes lentes de dothiënentérie, avec prédominance de gastricité, et si le diagnostic pouvait être discuté en faveur d'une autre maladie, ce ne pouvait être qu'en vue de la fièvre gastrite, récemment réhabilitée par M. le professeur Monneret (1). La malade, en conséquence, fut mise à la diète et traitée par les purgatifs salins.

Cependant de jour en jour, l'état de la malade devint plus grave; le mal de tête persistait toujours avec intensité et provoquait un froncement de sourcils, un grippement des traits, une grimace de douleur, dont je compris bientôt toute la valeur. La physionomie prenait aussi une stupeur qu'elle

(1) *Arch. gén. de méd.*

n'avait pas les premiers jours; les pupilles étaient larges, sans troubles de la vue, et les sifflements d'oreilles s'accompagnaient d'un peu de dureté de l'ouïe. La bouche restait mauvaise; les sécrétions buccales s'épaississaient; il se formait sur les dents quelques fuliginosités; la langue devenait collante ; au dégoût, qu'éprouvait la malade pour toutes choses, se joignaient des nausées, et bientôt des vomissements répétés.

Le ventre devenait partout sensible; la palpation en était assez douloureuse pour faire grimacer la malade. Il n'y avait pas de diarrhée; la rate débordait les fausses côtes de deux travers de doigt; les urines n'offraient rien de notable.

En traçant avec le dos de l'ongle des lignes sur la peau du ventre, on provoquait une douleur brûlante et une vive hypérhémie. La tache méningitique ou cérébrale de M. Trousseau se dessinait avec intensité et persistait longtemps.

La malade témoignait bientôt aussi un peu de douleur du côté de la poitrine, et surtout du côté gauche; elle éprouvait aussi un peu d'oppression. Il n'y avait d'ailleurs que très-peu de toux et pas d'expectoration. L'examen du thorax fit seulement reconnaître un peu de crépitation très-humide à la base des deux poumons en arrière; et du côté gauche quelques râles sous-crépitants, ressemblant assez à des bruits de frottement.

L'état fébrile restait néanmoins modéré; le pouls parfaitement régulier battait de 90 à 96 fois par minute.

On appliqua sur le front de la malade quelques compresses imbibées d'une solution de cyanure de potassium, et l'on donna à l'intérieur un peu de calomel.

Le 29 avril, huit jours après l'entrée de la malade, nous la trouvions à la visite du matin dans l'état suivant :

Stupeur très-prononcée, grand abattement, grande lenteur dans les réponses, qui sont cependant précises; absence de délire; persistance du mal de tête et des sifflements d'oreilles, dureté de l'ouïe apparente, soit que véritablement la malade entende moins, soit que la stupeur dans laquelle elle est plongée lui donne l'air de ne pas entendre distinctement, et

oblige à répéter plusieurs fois les mêmes questions. La malade gémit sans cesse et se plaint de souffrances qu'elle ne peut pas localiser avec précision ; elle dit souffrir de partout, et, en effet, on ne la touche pas sans lui être désagréable.

Elle ne pousse pas, à proprement parler, les cris hydrencéphaliques, décrits par Coindet; cependant ses plaintes les rappellent. Chaque exacerbation de la douleur, qu'elle soit spontanée ou provoquée, détermine une contraction grimaçante de la physionomie. La vue n'est pas troublée, la lumière n'est pas pénible; les pupilles sont très-dilatées, mais égales et contractiles.

La sensibilité cutanée est notablement exaltée; on ne peut pas toucher la malade, ni presser quelque peu ses membres avec la main, sans exciter de la douleur et des gémissements, accompagnés de la grimace dont il vient d'être question.

La peau du ventre est aussi très-sensible; la tache cérébrale se dessine toujours promptement, par une traînée hypérémique, sur le trajet parcouru par le doigt.

La malade ne présente d'ailleurs ni convulsions, ni paralysie; cependant, en la faisant asseoir sur son lit et en lui faisant mouvoir la tête, elle accuse un peu de douleur dans le cou; et peut-être y a-t-il une très-légère raideur dans les muscles postérieurs du cou. Les ganglions lymphatiques cervicaux et sous-maxillaires ne sont ni tuméfiés, ni douloureux.

La soif est médiocre; les vomissements persistent avec opiniâtreté, et la malade rend tout ce qu'elle boit; sa langue est blanchâtre, collante; les dents et les gencives sont fuligineuses; il y a eu quelques garderobes, provoquées par le calomel et par les lavements purgatifs; le ventre, au lieu de se météoriser, s'aplatit et s'amoindrit; il est partout extrêmement sensible à la pression.

La malade n'a pas uriné depuis la veille; on est obligé de la sonder; il n'y a qu'une petite quantité d'urine dans la vessie. La respiration est anxieuse, précipitée; il y a un peu de toux, sans expectoration. La percussion du thorax est très-douloureuse, sans doute à cause de l'hypéresthésie; elle ne dénote rien de particulier.

A l'auscultation, on retrouve des râles sous-crépitants à la base de la poitrine, plus nombreux et plus étendus à gauche qu'à droite.

La peau est chaude et sèche; le pouls est régulier, à 104 pulsations; il est petit et mou.

On applique un vésicatoire à la nuque et l'on renouvelle les lavements purgatifs.

La malade mourut dans la soirée, presque inopinément, sans que depuis le matin, il se fût manifesté aucun nouveau symptôme, qui ait pu expliquer une fin aussi rapide.

L'autopsie nous montra les altérations d'une inflammation granuleuse, sans mélange de tuberculisation.

La dure-mère n'offrait rien de particulier; l'arachnoïde cérébrale était lisse, mais gluante et poisseuse, la pie-mère était congestionnée et infiltrée de sérosité, ce qui donnait à l'arachnoïde une teinte opaline au-devant des anfractuosités; au-dessous de l'arachnoïde, dans le tissu de la pie-mère, on rencontre quelques granulations extrêmement petites, et peu consistantes; quelques-unes occupent la base de l'encéphale, autour de la protubérance; d'autres accompagnent les vaisseaux dans les scissures de sylvius. La pie-mère adhère assez intimement à la substance grise des circonvolutions, pour en détacher quelques parcelles qu'elle entraîne avec elle.

Les ventricules cérébraux contiennent environ 50 grammes de sérosité transparente, incolore et albumineuse. Les parois des ventricules sont saines, et non ramollies. La voûte à trois piliers conserve sa coloration blanche; mais elle est molle, peu cohérente et tombe en bouillie.

Le corps calleux a peut-être aussi un peu moins de cohésion qu'à l'état normal. Les plexus choroïdes et la toile choroïdienne sont congestionnés et n'offrent pas de granulations. Les poumons s'affaissent sur eux-mêmes à l'ouverture du thorax. Les plèvres sont poisseuses à leur surface, sans rougeur notable; quelques filaments celluleux se sont développés entre les deux feuillets de la plèvre et entre les lobes pulmonaires. A la surface des plèvres, on rencontre un bon nombre de petites granulations grises demi-transparentes;

elles sont plus abondantes sur le poumon gauche que sur le droit; on rencontre en outre, sur le lobe inférieur du poumon gauche, un peu de fibrine coagulée, formant fausses membranes; sur la plèvre diaphragmatique, on constate aussi quelques granulations. Les poumons ne présentent aucune trace de tubercules; le poumon gauche offre un petit nombre de granulations grises demi-transparentes, que l'on sent très-bien entre les doigts, au milieu du parenchyme pulmonaire; les deux poumons, à leur base, sont fortement engoués et laissent échapper à la coupe une sérosité spumeuse abondante, sans aucune trace d'hépatisation.

La membrane muqueuse bronchique ne présente rien de particulier; les ganglions bronchiques sont gros et mous; leur intérieur est rougeâtre, sans aucune trace de granulation ni de tuberculisation.

Le péricarde contient environ une cuillerée de sérosité, et il ne paraît pas malade; il n'offre pas de granulations, ni de fausses membranes.

Le cœur est sain; le péritoine est lisse, sans rougeur notable; mais il est incontestablement gluant et visqueux. Plusieurs anses intestinales sont comme gommées entre elles; la rate est presque doublée de volume. A l'intérieur, le tissu est congestionné et ramolli.

La membrane muqueuse du tube digestif, examinée avec le plus grand soin, ne présente absolument rien de notable; les plaques de Peyer sont saines. Les ganglions mésentériques sont gros et rouges à l'intérieur, sans granulations et sans tubercules. Les autres organes ne présentent rien d'autre qui mérite d'être signalé.

Avant d'appeler l'attention du lecteur sur tout ce que le fait que je viens de relater porte avec lui d'enseignement, qu'il me soit permis de raconter encore le fait suivant, qui se passait aussi à l'Hôtel-Dieu, quelques semaines plus tard, dans le service qui m'était confié.

Une belle et forte fille de vingt-quatre ans, jouissant d'une excellente santé, n'ayant rien dans l'habitude, ni dans les antécédents de famille, qui puisse autoriser des soupçons de

scrofule ou de tuberculisation, entrait au n° 29 de la salle Saint-Antoine, le 4 juin 1862.

Cette malade nous raconte qu'elle est cuisinière; que depuis dix à onze jours, elle ne se porte pas bien; mais qu'elle n'a cessé son travail que depuis quatre jours.

Pendant les premiers jours, elle avait du malaise; un peu de lourdeur de tête; de l'agitation la nuit; elle ne dormait pas, ou rêvassait continuellement d'une façon fatigante. En outre, elle avait perdu l'appétit et se dégoûtait de tout; malgré cet état de malaise, elle put continuer à faire sa cuisine pendant toute une semaine; cependant, depuis quatre jours, son état s'était exaspéré; il était survenu de la fièvre, une grande lassitude; le mal de tête était devenu intense et continuel; il s'accompagnait de vertiges et de tintements d'oreille. La malade avait saigné plusieurs fois du nez et assez abondamment, ce qui ne lui arrivait presque jamais. Enfin, se sentant si mal portante, elle s'était décidée à entrer à l'hôpital.

Le 5 juin, à ma visite du matin, elle était dans l'état suivant : la fièvre était modérée; la peau était chaude et sèche; le pouls battait quatre-vingt-quatre fois par minute; il était développé, ample et onduleux. Le teint de la malade était animé; sa physionomie exprimait une grande stupeur; elle avait l'intelligence nette, et rendait bien compte de son état. Elle avait du mal de tête, qui occupait principalement les régions sus-orbitaires; elle avait des bourdonnements d'oreille; la vue n'était pas troublée; les pupilles étaient médiocrement dilatées et bien contractiles; la malade venait d'éprouver encore une épistaxis. Étant assise sur son séant, elle dit que la tête lui tourne; qu'elle a des vertiges. Elle n'a pas dormi de la nuit, et se sent, dit-elle, très-fatiguée.

La langue est blanche, légèrement animée sur les bords et à la pointe; elle est très-collante. La malade éprouve une soif vive; elle n'a aucune envie de manger; elle n'a ni nausées, ni vomissements; elle a eu dans la matinée une garderobe naturelle; le ventre est légèrement ballonné; il est un peu sensible à la palpation, particulièrement dans la région iliaque droite; on ne détermine pas de gargouillement, malgré

tout le soin que l'on apporte à en produire. La rate est légèrement augmentée de volume, et la région splénique est assez sensible à l'exploration.

Il n'y a sur la peau du ventre ni taches rosées lenticulaires, ni taches bleues, ni sudamina. En passant le doigt sur le ventre, la raie hyperhémique (tache méningitique de M. Trousseau) se dessine d'une façon remarquable et dure très-longtemps.

La miction urinaire ne présente rien de notable.

La malade tousse un peu depuis quelques jours; elle ne crache pas, et elle n'éprouve pas de douleur dans la poitrine; à l'auscultation, on entend à peine qnelques râles sibilants, disséminés dans la hauteur des deux côtés du thorax.

Cette malade nous parut atteinte d'une fièvre typhoïde, et c'est le diagnostic que je fis écrire sur la feuille d'observation.

On lui donna de la limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz, des lavements émollients et des bouillons.

Les mêmes symptômes persistèrent les jours suivants, et l'état typhoïde prit de plus en plus d'intensité. La stupeur était profonde; la langue était sèche et très-fuligineuse, ainsi que les dents et les gencives; la soif était très-vive; la malade buvait beaucoup; elle n'a pas vomi une seule fois pendant tout le cours de la maladie.

Le ventre était très-notablement ballonné, sonore à la percussion, et présentait dans toute son étendue une sensibilité plus vive que cela ne se voit ordinairement dans la fièvre typhoïde. La malade n'allait à la garderobe qu'avec les lavements, qui étaient répétés deux fois par jour.

La toux persistait, toujours sans expectoration; on entendait dans la poitrine des râles sibilants, mélangés de quelques râles humides sous-crépitants, à la base. La respiration, d'ailleurs, n'était ni lente, ni précipitée.

La peau restait sèche, et aucune tache rosée lenticulaire n'apparaissait. La tache méningitique se produisait toujours avec vivacité.

Le pouls conservait son ampleur, mais devenait mou et sans

résistance; il restait entre quatre-vingt-huit et quatre-vingt-dix pulsations, et était très-régulier.

Les purgatifs salins constituèrent la médication principale.

Bientôt la malade, plongée dans une stupeur profonde, fut prise de sub-délirium; les garderobes et les urines devinrent involontaires; la langue et les gencives s'encroutèrent de fuliginosités; la respiration prit plus de fréquence et de rapidité; les râles sibilants et sous-crépitants devinrent très-abondants. Le ventre restait très-ballonné et sensible à la pression.

Il ne se développait toujours aucune tache rosée lenticulaire. On ne rencontrait d'ailleurs, chez la malade, ni contracture, ni paralysie, ni strabisme, et l'hypéresthésie n'attira notre attention que du côté du ventre.

Le pouls restait néanmoins peu fréquent, il ne dépassa pas quatre-vingt-dix pulsations.

Enfin, le quinzième jour, à partir du début de la fièvre et de la cessation du travail, le vingt-deuxième ou vingt-troisième jour, à compter des premiers malaises, la malade expira, sans présenter d'autres symptômes que ceux que je viens de rappeler.

Jusqu'au moment où nous fîmes l'autopsie, nous restâmes tous convaincus que nous avions eu affaire à une fièvre typhoïde.

Voici ce que l'ouverture du cadavre nous apprit.

En enlevant le cerveau du crâne, il s'écoula quelques cuillerées de sérosité sanguinolente, provenant vraisemblablement des sinus de la dure-mère, et du liquide céphalo-rachidien.

Les méninges cérébrales étaient très-congestionnées; de nombreuses arborisations vasculaires se dessinaient au-dessous de l'arachnoïde; la surface de celle-ci était collante, poisseuse; elle adhérait intimement à la pie-mère, qui était infiltrée de sérosité, et très-fortement congestionnée. Il n'y avait pas la moindre trace de pus, ni de fausse membrane fibrineuse. On rencontrait quelques petites granulations grisâtres et peu résistantes, à la base du cerveau et dans les scissures de Sylvius.

La périphérie du cerveau ne présentait rien de particulier. La substance grise ne paraissait ramollie nulle part; les ventricules du cerveau contenaient chacun une cuillerée de sérosité transparente; leur cavité n'était pas dilatée; leurs parois étaient lisses, sans granulations; les plexus choroïdes et la toile choroïdienne étaient extrêmement congestionnés; les plexus étaient ramassés sur eux-mêmes et un peu glutineux; ils présentaient plusieurs granulations grises demi-transparentes, de la grosseur de petits grains de millet, et assez résistantes.

Le corps calleux était très-ramolli, et la voûte à trois piliers avait la consistance de fromage à la crême.

A l'ouverture du thorax, les poumons s'affaissaient peu sur eux-mêmes; les plèvres présentaient un très-grand nombre de filaments très-ténus qui s'étendaient du feuillet pariétal au feuillet pulmonaire; leur cavité ne contenait pas de liquide, leur surface offrait une coloration rouge à la base des poumons et entre leurs lobes; et elle présentait de très-nombreuses granulations grises demi-transparentes, sans aucune trace de tuberculisation.

Les poumons eux-mêmes étaient très-congestionnés, et remplis de sérosité sanguinolente très-spumeuse; ils étaient criblés de petites granulations grises demi-transparentes, sans aucune trace de tuberculisation ancienne ou récente. Les bronches contenaient beaucoup de liquide spumeux; mais la membrane muqueuse n'offrait aucune altération appréciable. Les ganglions bronchiques étaient tuméfiés, congestionnés, ramollis; mais ils n'étaient, ni tuberculisés, ni granulisés.

Le cœur était un peu mou; le péricarde contenait environ une cuillerée de sérosité rougeâtre, sans fausses membranes et sans granulations.

Tout le péritoine était criblé de petites granulations grises, de la grosseur d'une pointe d'épingle à celle d'un grain de millet, elles occupaient ses surfaces viscérale et pariétale; les intestins, notablement distendus par des gaz, en avaient leur surface péritonéale, littéralement criblée. Il y avait aussi de nombreux filaments celluleux, extrêmement fins, qui s'étaient

déjà développés entre différents points de contact de la séreuse abdominale.

La rate était grosse et recouverte de granulations fibro-plastiques; à l'intérieur, son tissu était congestionné et très-mou; il contenait aussi beaucoup de petites granulations. On en trouvait également à la surface du foie et de tous les organes, tapissés par le péritoine.

Les ganglions abdominaux étaient très-gros et assez mous; ils étaient rougeâtres à l'intérieur, et n'offraient aucune trace de granulation ni de tubercule.

La membrane muqueuse intestinale, soigneusement examinée, n'a rien présenté de notable; les plaques de Peyer étaient parfaitement saines.

Il ne pouvait donc y avoir aucun doute; la malade n'avait pas eu de fièvre typhoïde, et elle mourait de l'affection granuleuse généralisée, appelée par les uns phthisie galopante, par les autres fièvre cérébrale, etc.

Les deux malades dont je viens de rapporter l'histoire, montrent la maladie généralisée du côté des trois cavités; on ne saurait nier, d'après les lésions anatomiques révélées par l'autopsie, que les méninges et le cerveau, n'aient participé à l'inflammation granulique; que, par conséquent, ces deux malades n'aient été atteintes de méningo-encéphalite granuleuse; c'est-à-dire, de la maladie appelée par les uns méningite granuleuse, et par les autres, fièvre cérébrale.

Mais on ne saurait contester, non plus, d'après les lésions anatomiques, dont les organes thoraciques et abdominaux étaient le siége, que ces deux cas ne soient des exemples de la maladie granuleuse, que l'on décrit, assez généralement aujourd'hui, sous le nom de phthisie galopante.

Or, au point de vue de ces deux maladies, qui sont étudiées, fort à tort, à mon avis, comme des maladies différentes, il est important de nous arrêter un instant sur les symptômes observés pendant la vie.

En premier lieu, peut-on considérer comme des prodrômes, les symptômes qui ont signalé l'invasion de la maladie? Serait-il juste de dire que ce mal de tête, ces bruits d'oreille, cette

insomnie, ces rêvasseries, cette tendance aux vertiges, ces épistaxis, enfin tout cet ensemble de symptômes, si analogue à celui qui marque l'invasion des fièvres continues, et qui s'est présenté chez ces deux malades, serait-il juste de dire que ce sont des prodrômes de l'affection granuleuse? Je ne le pense pas, et je regarde ces symptômes comme étant étroitement liés à l'invasion de la maladie générale.

Si l'on n'avait en vue que l'inflammation encéphalique dans cette affection, l'on pourrait peut-être, regarder comme des prodrômes les divers symptômes dont je viens de parler; on se placerait alors dans la condition de ceux qui, considérant l'éruption cutanée dans une rougeole, comme toute la maladie, appellent prodrômes, les symptômes de l'invasion de la fièvre éruptive, sans s'apercevoir que le larmoiement, le coryza, la toux, etc.., sont déjà bien précisément l'expression de la maladie, sur les membranes muqueuses; mais en considérant les choses sous un point de vue plus large, il me semble difficile de ne pas reconnaître que l'inflammation encéphalique n'est qu'une partie du tout; qu'elle est étroitement liée à l'état général, au même titre que le sont les manifestations thoraciques et abdominales ; de sorte que les symptômes de l'affection générale ne peuvent être judicieusement considérés comme des prodrômes de l'une des manifestations locales ; et qu'il convient de les compter parmi les symptômes du début de la maladie.

Cette affection, je ne saurais trop le répéter, car c'est un des points que j'ai le plus à cœur de prouver, ne peut être considérée, ni comme une méningite, ni comme une pleurésie, ni comme une péritonite, fortuitement réunies ensemble, sur un même sujet; mais il faut les regarder comme les manifestations multiples de la même affection.

En second lieu, les altérations matérielles, constatées du côté de l'encéphale, chez ces deux malades, et tout particulièrement, chez la seconde, démontrent que l'inflammation granulique des méninges et du cerveau, ne se traduit pas toujours, et fatalement, par les symptômes bruyants de la méningite simple.

Le délire, les convulsions, la contracture, la paralysie, les vomissements incolores, les variations du pouls de Robert Whitt, etc., etc.., sont autant de symptômes inconstants, dont la présence n'est pas nécessairement liée à l'inflammation granulique des organes encéphaliques! Chez la première de ces deux malades, le délire ne s'est manifesté que le jour de la mort, et alors que la persistance des vomissements et l'hypéresthésie cutanée ne permettaient plus de douter que les organes encéphaliques, ne participassent déjà, depuis plusieurs jours, à la maladie.

L'hypéresthésie est un des symptômes les plus constants de l'inflammation granulique de l'encéphale ; très-marquée chez la première malade, elle ne nous a frappés, chez la seconde, que du côté de l'abdomen ; mais je l'ai rencontrée généralisée, un si grand nombre de fois, chez d'autres malades, que j'y attache une grande importance ; ce n'est pas d'ailleurs, seulement, parce que l'hypéresthésie est un symptôme fréquent, qu'elle est considérable, mais c'est encore, et surtout, parce qu'elle est un symptôme plus particulier à cette affection, que beaucoup d'autres. Ainsi, le délire, les convulsions, les vomissements, sont sans doute aussi des symptômes de valeur ; mais ils se rencontrent dans beaucoup d'autres maladies, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la fièvre puerpérale, etc., etc., tandis que l'hypéresthésie ne se rencontre guère dans d'autre maladie fébrile, accompagnée d'état typhoïde, que dans la granulie. Elle indique la poussée méningitique, et les malades la manifestent dans cette affection, par une contraction grimaçante de la physionomie, que je n'ai encore rencontrée nulle part ailleurs.

Un symptôme qui me paraît avoir aussi une grande valeur, dans la granulie, c'est la tache *méningitique* ou *cérébrale*, décrite par M. le professeur Trousseau, dans la fièvre cérébrale, et regardée, par lui, comme un signe de méningo-encéphalite.

Le célèbre professeur l'a observée aussi souvent, chez les enfants, atteints de méningite granuleuse, parce que effectivement, elle se rencontre à peu près constamment, à un

degré plus ou moins prononcé, dans toutes les formes de l'affection granulique.

Si dans mes leçons cliniques, je me suis permis de critiquer la dénomination de *cérébrale*, donnée à cette rougeur hyperhémique, c'est parce que son rapport avec l'inflammation cérébrale, ne me paraît nullement démontré; que dans les inflammations des méninges et du cerveau, d'une autre nature que la granulie, on ne rencontre pas constamment ce symptôme; tandis qu'on le rencontre, on peut dire toujours, dans les affections granuleuses, quelle que soit leur forme prédominante; aussi bien, par conséquent, dans la phthisie galopante que dans la péritonite granuleuse, ou dans la fièvre cérébrale. Ce n'est pas à dire pourtant que ce soit un signe exclusivement propre à l'affection granulique; on a injustement fait dire à M. Trousseau que cette tache était un signe exclusif de la méningite; M. Trousseau n'a jamais dit cela; il est le premier à proclamer qu'il a rencontré ce symptôme dans d'autres maladies que la fièvre cérébrale; mais il dit aussi que dans la fièvre cérébrale, il l'a toujours rencontré; et que son apparition lui paraît subordonnée à l'état inflammatoire du cerveau. C'est sur ce dernier point seulement, que je ne partage pas l'opinion de l'habile médecin de l'Hôtel-Dieu; me fondant sur ce fait, que dans la méningo-encéphalite, qui n'est pas de nature granulique, non seulement ce signe n'est plus constant, mais qu'il ne se rencontre qu'exceptionnellement.

Comme j'ai noté ces taches, non-seulement dans tous les cas de granulie que j'ai observés, mais encore, dans quelques maladies, tout à fait différentes, je trouve que cette traînée rouge serait plus convenablement appelée, tache ou raie hypérémique; ce qui aurait l'avantage de n'impliquer en rien, l'idée d'une cause cérébrale, ou méningitique, que ne légitiment pas les faits, puisqu'il est parfaitement prouvé que ces taches s'observent dans beaucoup de cas, dans lesquels, ni le cerveau, ni les méninges ne sont malades.

Chez la deuxième malade, dont je viens de parler, on trouve un symptôme qui se retrouvera encore, dans plusieurs des

faits que je rapporterai plus loin; c'est-à-dire le ballonnement du ventre.

Ce symptôme me paraît tenir à l'inflammation granulique du péritoine. Je l'ai rencontré presque chaque fois que cette membrane séreuse était le siége de l'inflammation granulique.

Quand l'inflammation est très-peu vive, ou bien, lorsqu'elle est éteinte, et qu'il ne reste plus que des adhérences ou des granulations à sa surface, il peut se faire qu'il n'y ait aucun ballonnement du ventre; et même, si les symptômes cérébraux dominent toute la scène pathologique, il arrive, d'ordinaire, que le ventre s'aplatit, se déprime et s'incurve en carène; et cela, d'autant plus que la maladie devient plus grave.

Il se passe là une sorte de contracture des parois abdominales, peut-être encore exagérée par la vivacité de l'hypéresthésie. Mais quand la péritonite est assez intense elle-même, pour tenir sa place dans le groupe des manifestations locales, des gaz se dégagent dans les intestins, et il survient de la tympanite.

Le ballonnement devient, dans ce cas, un symptôme commun à la granulie et à la fièvre typhoïde; plus d'une erreur de diagnostic a été causée, en partie, par cette coïncidence, contre laquelle on n'est pas, en général, suffisamment en garde.

Chez la première de ces deux malades, il s'est aussi présenté un symptôme qui n'est pas constant dans la granulie; cependant je l'ai rencontré dans d'autres cas, où la maladie était également généralisée : je veux parler d'un gargouillement plus ou moins prononcé, dont je ne m'explique pas la cause, et qui persiste quelquefois, pendant plusieurs jours de suite, bien que le malade n'ait pas de diarrhée; et plus tard, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion intestinale qui en rende compte. Le gargouillement se produit particulièrement dans la région iliaque droite; et il est très-perfide pour le diagnostic; car, s'il coïncide avec le ballonnement du ventre, et avec l'exagération de la sensibilité des régions iliaques,

due à la péritonite, il trompe par fois, et il fait croire à une fièvre typhoïde.

L'observation suivante est un exemple d'affection granulique à forme typhoïde, qui, après avoir duré pendant 45 à 50 jours, avec l'apparence d'une fièvre gastrique, ou d'une dothienentérie légère, emporte ensuite la malade en 16 ou 17 jours, avec les symptômes d'une fièvre cérébrale. La maladie, plus thoracique et abdominale que cérébrale, pendant toute sa première période, était devenue, au bout de quelque temps, complétement générale, et s'était alors manifestée par des symptômes cérébraux très-accentués.

Une fille, âgée de vingt ans, d'une bonne constitution, et d'une bonne santé habituelle, fut amenée dans mon service, au mois de septembre 1863, tandis que j'étais suppléé par M. de Mauriac, médecin du bureau central. Lorsque je repris mon service, à la fin du mois de septembre, l'on me présenta cette malade, comme convalescente d'une fièvre typhoïde bénigne, qui durait depuis environ trois semaines; la malade mangeait une portion; je ne m'en occupai pas. Cependant les jours se succédaient, et cet état de convalescence n'aboutissait pas à la santé; j'examinai moi-même la malade le 15 octobre; elle comptait alors environ cinq semaines de maladie.

Elle n'avait pas de fièvre, elle ne souffrait plus de la tête, elle n'avait pas de troubles des sens, mais elle dormait très-mal et rêvait continuellement; elle n'avait ni faim, ni soif; elle éprouvait du dégoût pour toute chose, et ne mangeait pas la portion qu'on lui donnait. Sa langue était humide, mais couverte d'un léger enduit jaunâtre. Il n'y avait pas eu de vomissement. La malade n'allait que difficilement à la selle, et j'appris alors que pendant sa maladie typhoïde, elle n'avait jamais eu de diarrhée. Son ventre était un peu ballonné et sensible un peu partout à la palpation; sans gargouillement. La malade urinait convenablement; les urines ne contenaient ni albumine, ni sucre.

La malade toussait un peu, sans expectorer; on entendait, à la base des deux poumons, quelques râles crépitants, que

j'attribuai à des frottements pleurétiques ; il n'y avait, d'ailleurs, ni matité, ni signe de tuberculisation aux sommets des poumons.

L'état des forces était peu satisfaisant; la malade passait sa journée au lit, et disait se sentir trop faible pour marcher; elle n'avait pas eu ses règles depuis deux mois. Le même état persista encore quelques jours sans changement notable.

Le 28 octobre, il y eut une aggravation soudaine : la fièvre s'alluma avec vivacité, le pouls prit de la fréquence, 112 pulsations par minute; la peau devint très-chaude.

La malade éprouva un violent mal de tête; la langue devint sèche; la soif vive; le ventre resta ballonné et sensible; dans la soirée, la malade éprouva beaucoup d'oppression; aucun signe nouveau ne se manifesta cependant du côté de la poitrine.

Le lendemain, et les jours suivants, la fièvre continuait avec intensité; le pouls prenait 120 pulsations; le mal de tête persistait avec violence; la malade gémissait sans cesse; elle ne dormait pas un instant de la nuit; elle avait des bourdonnements et des sifflements d'oreille; les pupilles devenaient très-dilatées, sans troubles de la vue; il n'y avait ni convulsions, ni contracture, ni paralysie, ni hypéresthésie cutanée. La malade avait beaucoup de stupeur et d'abattement; mais pas de délire; elle avait la langue sèche, fuligineuse; de la soif, du dégoût pour tout; elle ne vomissait pas; le ventre restait ballonné et sensible à la palpation, sans gargouillement. La rate était augmentée de volume. La peau du ventre ne présentait ni tache rosée lenticulaire, ni sudamina; les lignes tracées sur la peau du ventre avec le dos de l'ongle, devenaient soudainement le siége d'une vive hypérémie qui persistait plus de quatre minutes.

Il y avait de la constipation; la malade n'allait à la selle qu'avec le secours des lavements. Les urines n'offraient rien de notable. La malade éprouvait toujours de la dyspnée et de la toux, sans crachats; la respiration était fréquente; 32 inspirations par minute; on entendait quelques râles sibilants et muqueux, disséminés dans les deux poumons, et à la base.

on entendait toujours quelques bruits de frottement pleurétique sous-crépitants.

Je pensai dès lors que nous avions affaire à une maladie granuleuse, et je soumis la malade à l'iodure de potassium.

Jusqu'au 4 novembre, les symptômes restent à peu près les mêmes. Ce jour là, il s'en manifeste quelques-uns de nouveaux; la malade se plaint de voir les objets *brouillés;* les pupilles sont très-dilatées, mais il n'y a pas de strabisme. Le mal de tête est peut-être moins aigu, mais la malade accuse une sensation de lourdeur dans toute la tête; elle a toujours des bruits d'oreille; elle n'a pas de délire, mais une profonde stupeur et un grand abattement; sa langue est toujours sèche et fuligineuse ; pour la première fois, la malade est prise de *vomissements,* qui se répètent fréquemment dans la journée. Le ventre reste ballonné et sensible. Il y a eu deux garde-robes sollicitées par un lavement purgatif.

Pour la première fois, nous constatons une hypéresthésie très-prononcée. La peau de tout le corps est douloureuse au toucher ; on ne peut pas presser les cuisses et les jambes avec la main, sans causer une vive douleur, que la malade exprime par des cris aigus, et par cette contraction grimaçante de la face, dont j'ai déjà parlé. On ne peut pas tracer les raies sur le ventre, pour produire la tache hypérémique, sans déterminer en même temps une douleur vive et brûlante. La tache cérébrale, du reste, est très-prononcée. La peau est chaude, le pouls donne 132 pulsations par minute.

On continue l'usage de l'iodure de potassium.

Le 5 novembre et les jours suivants, les symptômes cérébraux et l'état typhoïde s'aggravent de plus en plus. Le mal de tête reprend une nouvelle acuité et porte la malade à gémir sans cesse; la vue devient sensible à la lumière, d'une façon douloureuse; la malade ferme constamment les yeux, et prétend ne pas pouvoir les ouvrir, à cause de la trop grande lumière, qui n'a cependant rien, ce matin là, de particulier.

Les pupilles sont très-dilatées, malgré la photophobie ; la vue reste brouillée, et la malade dit ne pas pouvoir distinguer nettement les objets que l'on place au bout de son lit. Il ne

paraît pas y avoir de strabisme. La stupeur est profonde, cependant il n'y a pas de délire. La langue reste fuligineuse, ainsi que les dents et les gencives. La malade a continuellement des envies de vomir et des vomissements. Le ventre est toujours très-sensible à la pression, surtout à l'épigastre et dans les régions iliaques. L'hypéresthésie cutanée et musculaire persiste toujours avec intensité; il n'y a nulle part de contracture, ni de paralysie; la malade va à la selle au moyen des lavements, et demande très-bien le bassin pour ses besoins.

Le pouls donne 140 pulsations; il est égal et régulier. La respiration est toujours fréquente, 38 inspirations par minute. Toux peu fréquente, expectoration nulle. Quelques râles sibilants très-peu marqués et un peu de frottement à la base de la poitrine.

On fait prendre à la malade de petits morceaux de glace pour appaiser la soif et prévenir les vomissements. On continue l'iodure de potassium.

Jusqu'au 10 novembre, on note chaque jour les mêmes symptômes et la même fréquence du pouls, qui varie de 136 à 140 pulsations.

Le 10 novembre, un nouveau symptôme apparaît, la rétention d'urine ; il faut sonder la malade pour la faire uriner.

Le 11 novembre, la stupeur est toujours profonde, et il survient un peu de contracture dans les muscles du cou et du dos, qui empêche la malade de tourner la tête et de s'asseoir sur son séant; en voulant la tenir assise, pour l'ausculter, elle pousse des cris déchirants et dit ne pas pouvoir rester ainsi, à cause des douleurs qu'elle éprouve dans le col et dans le dos, étant dans cette position.

La stupeur et la prostration sont extrêmes; la malade néanmoins conserve son intelligence. La langue est toujours très-sèche et recouverte de fuliginosités, ainsi que les dents et les gencives; les vomissements cessent, mais le mal de cœur et le dégoût persistent; la malade ne trouve aucune boisson à son goût, et supplie qu'on lui supprime l'iodure de potassium, qui, dit-elle, lui est trop désagréable.

Le ventre est toujours ballonné et douloureux; les garderobes rares et la vessie paresseuse; il faut sonder la malade. L'hypéresthésie est toujours très-prononcée, et la tache cérébrale se dessine toujours avec vivacité.

Le pouls est régulier et bat 150 fois par minute; la respiration est précipitée, très-fréquente et inégale; l'auscultation ne dénote rien de nouveau.

On donne à la malade un mélange de calomel, de jalap et de scamonnée, qui détermine deux garderobes.

Le 12 novembre, le pouls ne marque plus que 124 pulsations; la malade est très-abattue; elle a parlé la nuit avec délire, et répond actuellement avec beaucoup de lenteur; les mâchoires sont un peu serrées, et les muscles du cou ont encore de la raideur. La pression est toujours très-douloureuse sur les membres, surtout sur les jambes et la partie inférieure des cuisses. Il n'y a pas de contracture dans les membres; le ventre est toujours un peu ballonné et douloureux.

La malade ferme toujours les yeux et ne peut pas regarder le jour sans souffrance; les pupilles sont très-dilatées et égales; il n'y a pas de strabisme. Sa mort a lieu le lendemain dans la matinée.

A l'autopsie, nous trouvâmes les altérations dues à l'inflammation granulique, beaucoup moins développées du côté de l'encéphale que du côté du thorax et de l'abdomen. L'arachnoïde était lisse à sa surface libre, sans changement de couleur, et sans fausse membrane; elle était collante et poisseuse au doigt; mais nullement épaissie. La pie-mère était notablement congestionnée et hypérémiée; elle adhérait beaucoup à la substance des circonvolutions. A la base du cerveau, au niveau du chiasma des nerfs optiques, il y avait un peu d'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et une petite granulation grise extrêmement fine; on en retrouvait deux ou trois dans chaque scissure de Sylvius et à la face supérieure du cervelet. Les cavités ventriculaires contenaient une assez grande quantité de sérosité limpide et incolore; les parois des ventricules ne présentaient pas d'altération. Le corps calleux et la voûte à trois piliers

n'étaient pas ramollis; il ne paraissait y avoir aucune lésion centrale appréciable.

Les plèvres pulmonaires et pariétales avaient contracté entre elles beaucoup d'adhérences celluleuses, il n'y avait pas de liquide dans leur cavité; mais leur surface était parsemée d'une foule de granulations demi-transparentes, de la grosseur de petits grains de millet; les deux poumons étaient criblés de granulations miliaires, depuis le sommet jusqu'à la base. Le cœur et le péricarde n'offraient rien de notable. Les ganglions bronchiques étaient gros et congestionnés, un peu mous; ils ne présentaient ni granulations, ni tubercules.

Le péritoine présente, à sa surface libre, une multitude de petites granulations fibro-plastiques, et de nombreuses adhérences celluleuses. Le feuillet pariétal en est tout aussi recouvert que celui qui tapisse les viscères, surtout à la région épigastrique, et au niveau des hypochondres.

La surface du foie, celle de la rate, en sont également recouvertes. La rate est assez grosse, congestionnée, et contient beaucoup de granulations dans son intérieur. La surface péritonéale des intestins présente un très-grand nombre de petites granulations; la muqueuse du tube digestif n'offre aucune altération; les plaques de Peyer sont parfaitement saines; les ganglions abdominaux sont gros et rougeâtres, sans trace de granulation, ni de tubercule.

Dans cette observation, on voit encore que si les symptômes qui ont caractérisé l'affection pendant les quarante-neuf ou cinquante premiers jours, pourraient, jusqu'à un certain point, être considérés par quelques médecins, comme les prodrômes de la méningite granuleuse, qui a éclaté avec violence au bout de ce temps pour emporter la malade en 10 à 17 jours, ces symptômes ne sauraient être pris pour des prodrômes de la maladie générale, car évidemment ils se rapportaient au développement et à l'évolution de l'inflammation granulique sur les organes respiratoires et abdominaux.

Lorsque, le 28 octobre, la fièvre s'est allumée avec vivacité, en même temps qu'apparaissaient les signes de l'inflammation sur les méninges, ce n'était pas une nouvelle affection qui

apparaissait, mais c'était toujours la même maladie qui, en généralisant davantage ses manifestations, prenait aussi plus d'acuité et plus de vivacité.

Chez cette malade, on constate aussi le ballonnement du ventre, malgré les symptômes cérébraux; c'est que encore dans ce cas, l'influence de la maladie de l'encéphale est largement compensée par l'inflammation du péritoine, d'où résulte un certain degré de tympanite et de sensibilité du ventre à la palpation.

Les trois exemples d'affection granuleuse généralisée, qui viennent d'être rapportés, ont ceci de très-intéressant, qu'ils se sont passés chez des personnes indemnes de toute tuberculisation ancienne ou récente.

Sans vouloir, pour le moment, tirer de ce fait, aucune induction pour ou contre la nature tuberculeuse de la granulie, il est bon, néanmoins, de remarquer que, non seulement la maladie ne marchait pas de pair, chez ces malades, avec la tuberculisation, mais encore, qu'il n'y avait ni dans leur santé antérieure, ni dans leurs organes examinés après la mort, aucune trace d'ancienne affection strumeuse ou tuberculeuse.

Il n'en sera pas tout à fait ainsi dans les faits que je vais actuellement rapporter, qui sont relatifs à des individus, chez lesquels l'affection granulique se montre bien encore isolément, sans tuberculisation simultanée, comme dans les cas précédents; mais chez lesquels il y a eu, à un certain moment de leur vie, une manifestation tuberculeuse, dont l'autopsie fournit la preuve anatomique.

L'observation suivante a été recueillie par mon interne, M. Hemey, élève très-distingué des hôpitaux

La nommée Martine Victorine, âgée de trente-neuf ans, journalière, d'une constitution affaiblie, entre à la Pitié le 28 février 1864, salle Notre-Dame, n° 49. Elle a perdu sa mère depuis bien longtemps déjà, et ne sait pas de quelle maladie; son père vit encore et se porte bien.

Abandonnée par son mari, depuis un an environ, cette femme est tombée dans la plus profonde misère.

Elle est accouchée dans notre salle il y a cinq mois, et rentre le 28 février avec son enfant qu'elle a nourri jusqu'alors ; cet enfant a le ventre très-développé et tendu ; il a le crâne aussi très-volumineux par rapport à la face ; on le porte au dépôt, et il nous devient impossible de le suivre plus longtemps.

L'intelligence de cette femme étant déjà notablement troublée, on ne peut avoir que des renseignements très-incomplets sur les premiers symptômes qu'elle a éprouvés. Tout ce qu'on peut conclure de ses diverses réponses, c'est qu'elle a un peu maigri depuis sa grossesse; qu'elle tousse depuis une quinzaine de jours et qu'elle n'est alitée que depuis le 24 février.

Lors de son entrée, quatrième jour d'alitement, elle présente beaucoup de stupeur et du subdélirium ; elle n'accuse pas de céphalalgie, ni de troubles des sens ; elle n'a pas eu d'épistaxis ; elle a la peau chaude et sèche ; le pouls fréquent, un peu de dyspnée. Elle tousse souvent, mais n'expectore presque pas. La poitrine n'offre rien de particulier dans sa conformation. La percussion ne fournit aucun signe notable ; on entend, dans toute la hauteur des deux côtés de la poitrine, de nombreux râles sibilants et muqueux, plus abondants à droite qu'à gauche. L'expiration est partout prolongée et sibilante. Nulle part, on n'entend de gargouillement ni de bronchophonie.

La malade a de la soif ; la langue est sèche et fuligineuse ; il n'y a pas de vomissement ; le ventre est médiocrement ballonné et notablement sensible à la palpation. Il y a du gargouillement général, mais plus à droite qu'à gauche. Il y a de la diarrhée ; la malade a été sous elle ; la rate ne paraît pas augmentée de volume ; il n'y a aucune éruption sur la peau, et rien qui ressemble à des taches lenticulaires.

Le 29 février, à la visite, même état ; la tache cérébrale hyperhémique est bien manifeste et dure quatre minutes. Deux verres d'eau de sedlitz, limonade, fomentations émollientes sur le ventre.

Le 1er mars, les symptômes sont à peu près les mêmes ; il

y a eu plusieurs garde-robes après l'eau de sedlitz; la tache hyperhémique apparaît toujours aussi manifestement.

L'examen de la poitrine ne donne aucun signe nouveau; le son fourni par la percussion est peut-être un peu exagéré; il a quelque chose de tympanique.

Persistance des râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine, surtout à droite; la langue est un peu moins sèche, mais la prostration est très-grande; le pouls donne 104 pulsations; il y a 36 inspirations par minute.

Limonade, iodure de potassium, 1 gramme dans un julep; fomentations émollientes sur le ventre; bouillons.

Le soir, les râles sont très-nombreux à droite; ils sont légèrement humides et mélangés de petits râles sibilants inachevés; la langue est plus sèche, et la malade a encore eu du délire pendant la journée. Pas de nouvelles selles; elle urine fréquemment. La respiration est plus accélérée, 34 inspirations. Des ventouses sèches sont appliquées sur le thorax, et produisent des ecchymoses assez marquées.

Le 2 mars, 108 pulsations, chaleur vive de la peau; langue sèche et fuligineuse, respiration anxieuse, 46 inspirations, délire comateux.

Ventouses sèches, sinapismes, iodure de potassium, 1 gramme.

Le 4, à la visite du soir, 116 pulsations, 40 inspirations; elle n'urine plus; il faut la sonder. La tache hypérémique se manifeste toujours; la sensibilité musculaire ne paraît pas exaltée; il y a un peu de raideur dans le cou; elle a été dans la prostration toute la journée; la langue est très-sèche, elle ne boit plus que très-difficilement. Elle fait sans cesse des mouvements automatiques comme pour se gratter. Les pupilles sont peu mobiles et inégalement dilatées. La gauche est plus large que la droite; la sensibilité est conservée; elle est peut-être exagérée sur la peau du ventre.

La malade pousse des gémissements. La toux est rare. La tache hypérémique paraît plus vite, mais dure moins longtemps que la veille.

Le 5 mai, délire comateux, un peu de strabisme; la pu-

pille gauche est plus dilatée que la droite; la paupière, la narine et la commissure labiale sont à gauche un peu abaissées. Le pouls n'est pas comptable aux artères radiales; il donne 128 pulsations aux artères crurales; la tache cérébrale hypérémique se manifeste encore moins que la veille; un peu de sensibilité abdominale, et un peu d'hypéresthésie de la cuisse droite, à la pression exercée au-dessus du genou. La respiration commence à se faire entendre à distance.

La malade succombe le même jour, au dixième jour de l'alitement.

L'autopsie fut faite le 7 mars.

Le thorax ouvert, les poumons se présentent adhérents dans presque toute leur étendue, surtout le droit, qu'on ne peut enlever qu'avec la plèvre pariétale.

La fausse membrane, qui unit les deux plèvres de ce côté, est épaisse de $0^{m},0045$ et très-résistante; au sommet des deux poumons se trouvent des rétractions cicatricielles, traces évidentes d'anciennes cavernes tuberculeuses, cicatrisées par l'intermédiaire d'un tissu fibreux dense et grisâtre. Tout le tissu pulmonaire contient une immense quantité de granulations grisâtres, d'inégale grosseur, presque également réparties partout : au sommet, tout à fait, se rencontre une petite caverne de la grosseur d'un pois et trois ou quatre petits tubercules caséeux.

La rate, un peu volumineuse, 10 centimètres de hauteur, est aussi légèrement ramollie; sa surface est comme hérissée d'une série de petites granulations extrêmement petites et tout à fait transparentes, bien que très-dures et très-résistantes; le doigt, promené sur cette surface, éprouve une sensation qui rappelle celle que donne un papier de verre très-fin.

Le foie est normal, un peu congestionné cependant; sa surface est lisse.

Les ganglions mésentériques sont petits et de consistance normale; aucun d'eux n'est tuberculeux.

L'intestin grêle, non plus que le gros intestin, ne présentent d'ulcérations; les plaques de Peyer sont saines.

A l'ouverture du crâne, il s'échappe une grande quantité de liquide, d'une transparence et d'une limpidité parfaites, qui sort des ventricules; ces derniers sont très-dilatés, surtout les ventricules latéraux, qui ont atteint quatre fois au moins leur capacité normale. Leurs parois sont sillonnées de nombreuses arborisations vasculaires; elles ne sont nullement ramollies, au contraire; la membrane qui tapisse les ventricules paraît épaissie, et présente, au niveau des couches optiques, un aspect finement granulé, qui rappelle un peu celui de la surface de la rate.

La voûte à trois piliers est distendue, amincie, mais elle n'est pas ramollie non plus.

Sur la paroi inférieure du ventricule moyen, se trouve un groupe de grosses granulations dures et tout à fait transparentes.

Quant aux méninges, elles sont injectées et infiltrées de liquide; on trouve, en grand nombre, particulièrement dans les scissures de Sylvius, des granulations de différentes grosseurs, mais surtout de petites.

Enfin, à la base de l'encéphale, les lésions ne paraissent pas plus marquées d'un côté que de l'autre.

Cette observation nous donne un exemple de l'affection granuleuse développée chez une femme qui a déjà éprouvé quelques manifestations de tuberculisation chronique, attestées par les cicatrices pulmonaires et par les quelques tubercules caséeux qui existent au sommet des poumons.

La maladie granulique ne s'en est pas moins manifestée chez elle, avec ses symptômes particuliers; et il serait au moins superflu de faire ressortir actuellement tout ce que ces symptômes ont d'étranger à la tuberculisation chronique; mais relativement aux symptômes de la maladie granuleuse, cette observation présente aussi quelques particularités importantes.

Malgré les lésions encéphaliques qui y sont relatées; malgré la congestion et l'infiltration des méninges, la production des nombreuses granulations dont elles sont le siége, et la dilatation si remarquable des ventricules, dont la capacité

est presque quadruplée, il n'y a pas eu de céphalalgie considérable, ni de trouble des sens, si ce n'est à la fin de la maladie, où l'on a constaté un peu d'inégalité dans la dilatation des pupilles; il n'y a pas eu de vomissement; le ventre n'a pas été rétracté, mais, au contraire, il a offert du ballonnement et de la sensibilité; il n'y a pas eu de constipation; mais au contraire de la diarrhée, du gargouillement général dans le ventre; enfin la diarrhée ne coïncidait pas, comme on l'a vu, avec des altérations matérielles de la membrane muqueuse intestinale, qui n'était ni enflammée, ni ulcérée. Enfin, malgré l'abondance de la sérosité épanchée dans les cavités ventriculaires, la malade a bien poussé de nombreux gémissements, mais elle n'a pas fait entendre les cris perçants hydrencéphaliques de Coindet.

Il faut remarquer aussi qu'il n'y a pas de rapport entre la grande quantité de liquide qui distendait les ventricules et l'état des parties blanches centrales du cerveau; car les parois des ventricules et la voûte à trois piliers n'étaient nullement ramollis. J'ai déjà observé souvent le défaut de coïncidence d'un grande quantité de liquide et du ramollissement cérébral.

En général, quand il y a une très-grande quantité de sérosité, collectée dans les ventricules, le ramollissement n'existe pas, ou existe peu.

On rencontre encore, chez cette malade, de très-nombreuses adhérences celluleuses entre les plèvres, et des granulations fibro-plastiques, disséminées en quantité considérable dans les deux poumons; la coïncidence et la simultanéité des lésions encéphaliques et thoraciques ne sauraient donc être contestées ici; et si, au point de vue de l'accumulation du liquide dans les ventricules, et de la dilatation de ceux-ci, on peut dire que cette malade offre un exemple d'hydrocéphale aiguë; au point de vue des lésions pleurales et pulmonaires, on ne peut nier non plus qu'elle ne soit atteinte de phthisie galopante. Prenant, en outre, en considération, les granulations de la surface péritonéale de la rate, et l'état typhoïde de la malade, on ne saurait méconnaître le lien nosologique

qui réunit entre elles toutes les altérations locales; et il faut bien reconnaître, dans les cas de cette nature, l'expression multiple d'une seule et même affection.

Dans l'observation suivante, la maladie marche lentement pendant un certain temps ; puis, tout à coup, elle prend une allure très-rapide ; elle conserve néanmoins, dans l'un et l'autre cas, ses caractères individuels.

Un garçon jardinier, âgé de seize ans, entre dans mon service le 11 avril 1863. D'une constitution frêle, et d'un tempérament lymphatique, il se portait mal, depuis environ deux mois, lors de son entrée à la Pitié ; mais il n'était alité que depuis sept jours.

Depuis deux mois, il sentait ses forces diminuer, et ne pouvait plus travailler ; il avait souvent mal à la tête ; de fréquentes insomnies, ou des rêvasseries fatigantes ; il saignait souvent du nez, et assez abondamment; il avait perdu l'appétit, et ne mangeait qu'avec dégoût ; il n'avait pas de diarrhée ; il était plutôt échauffé ; il souffrait assez souvent du ventre, mais il nous expliquait très-mal quels étaient les caractères de ses douleurs. Il ne toussait pas, il ne crachait pas, il n'avait pas de point de côté ; il disait avoir eu, par moment, de la fièvre ; mais elle ne durait pas toujours et elle n'avait rien de régulier dans ses retours. Il ne suait pas ordinairement la nuit.

Peu à peu, son état de malaise avait augmenté, et l'avait obligé, depuis sept jours, à garder complétement le lit.

A ma première visite, le lendemain de son entrée, je le trouvai dans l'état suivant :

Il avait de la fièvre, la peau chaude et moite, le pouls à 108 pulsations. Il présentait une grande stupeur, un grand accablement, une prostration extrême, et disait se sentir très-faible. Il accusait beaucoup de mal de tête, des bruits d'oreilles, des vertiges, et n'avait pas dormi de la nuit. Sa langue était sèche et fuligineuse ; il avait beaucoup de soif ; il n'avait pas de vomissement, et n'en avait pas eu depuis le commencement de sa maladie ; il avait eu le matin une selle en diarrhée ; le ventre était souple sans météorisme notable ; il y

avait du gargouillement général et une sensibilité très-exagérée de tout le ventre ; la rate était tuméfiée, et la région splénique douloureuse à la pression.

Il n'y avait sur la peau du ventre ni tache rosée lenticulaire, ni taches bleues, ni sudamina ; mais la raie hyperhémique, dite *tache cérébrale,* apparaissait avec intensité et durait longtemps ; le malade toussait un peu, sans cracher ; la respiration n'était pas gênée. On trouvait, disséminés dans les deux poumons, quelques râles sibilants et sous-crépitants.

Lors du premier examen, je ne me prononçai pour une fièvre typhoïde qu'avec une grande réserve, ce qui étonna beaucoup, par parenthèse, toutes les personnes qui suivaient ma clinique. La durée de la maladie me paraissait trop longue pour une dothiénentérie à forme aussi typhoïde. De plus, il n'y avait pas de taches rosées lenticulaires, et nous étions sous une constitution médicale dans laquelle elles étaient précisément très-nombreuses ; il y avait enfin manifestation de la tache cérébrale hypérémique d'une façon remarquable.

Je prescrivis au malade de la limonade vineuse ; je lui fis donner une bouteille d'eau de Sedlitz, des lavements émolliens, des fomentations émollientes sur le ventre, et deux bouillons.

Les jours suivants, de nouveaux symptômes rendirent plus manifeste la nature granuleuse de la maladie, et vinrent justifier toutes mes réserves sur le diagnostic.

En effet, au milieu de l'état typhoïde prédominant, apparaissaient des troubles de l'innervation qui ne pouvaient plus laisser aucun doute. Aux douleurs de tête et aux bruits d'oreille, vinrent s'ajouter des troubles de la vue ; elle devint trouble, confuse ; les pupilles devinrent très-dilatées ; et il survint du côté gauche un peu de strabisme.

Le malade poussait des gémissements plaintifs, presque continuellement ; il survint une vive hypéresthésie. Toute la peau était sensible ; et l'on ne pouvait pas toucher le malade sans qu'il n'exprimât sa douleur par une horrible grimace. Il éprouva bientôt quelques vomissements, et le ventre, tout en conservant une vive sensibilité, s'aplatit de plus en plus,

et s'incurva en bateau ; la constipation devint très-prononcée ; puis le délire s'empara du malade ; les urines et les lavements furent rendus involontairement, et sans que le malade en eût conscience ; le pouls et la respiration prirent une extrême fréquence, et le malade ne tarda pas à expirer.

Voici quels furent les résultats de l'autopsie.

La dure-mère n'offrait rien de particulier ; sa surface interne recouverte par l'arachnoïde était lisse et sans granulation.

L'arachnoïde cérébrale offrait une coloration laiteuse, ce qui tenait, d'une part, à la sérosité qui était infiltrée dans le tissu cellulaire sous-jacent ; et, d'autre part, à un épaississement réel de cette membrane. La surface du cerveau présentait un très-grand nombre de granulations grises, qui siégeaient particulièrement au niveau des anfractuosités et des scissures de Sylvius. La substance corticale n'offrait pas d'altération appréciable ; mais les parties centrales du cerveau étaient très-ramollies ; la voûte à trois piliers tombait presque en bouillie. Les cavités ventriculaires étaient dilatées ; elles contenaient une grande quantité de sérosité limpide, et leurs parois étaient peu résistantes ; la couche optique, du côté droit surtout, était notablement ramollie ; les plexus choroïdes étaient congestionnés, et offraient aussi quelques granulations.

On trouvait aussi, dans le lobe droit du cerveau, un tubercule caséeux du volume d'un gros pois, qui siégeait à la partie inférieure, et qui adhérait à la pie-mère par son côté externe ; la substance cérébrale paraissait très-saine tout autour de ce tubercule, et ne présentait, ni ramollissement, ni hypérémie.

Les plèvres présentaient un très-grand nombre d'adhérences celluleuses, et beaucoup de granulations fibro-plastiques ; les deux poumons en étaient farcis ; ces granulations étaient notablement plus grosses aux parties supérieures du poumon qu'à la base ; ceux-ci étaient engoués à leur partie inférieure, sans aucune trace d'hépatisation. On trouvait, dans le sommet du poumon droit, deux tubercules caséeux, du volume d'un grain de chènevis. Les ganglions bronchiques étaient gros et

congestionnés, sans aucune trace de granulation ; mais deux ou trois d'entre-eux étaient tuberculisés à leur centre.

Toute la surface libre du péritoine était revêtue d'une éruption de petites granulations grises, de différentes grosseurs. La rate en présentait une grande quantité à sa surface, et beaucoup aussi dans son intérieur; elle était notablement augmentée de volume, et son tissu était mou et congestionné.

Le tube digestif était criblé de granulations sur sa surface péritonéale ; mais, à l'intérieur, la membrane muqueuse n'en présentait aucune ; les plaques de Peyer et les follicules isolés étaient sains ; et rien ne permettait de supposer qu'il y ait eu dothiénentérie chez cet individu. Les ganglions abdominaux étaient gros et assez durs, sans trace de granulation et sans tuberculisation.

Cette observation présente de l'intérêt, en ce qu'elle nous donne un exemple de la forme lente de l'affection granuleuse ; la maladie, chez ce garçon, met deux mois à grandir et à se généraliser.

L'inflammation, pendant tout ce temps, est peu vive ; elle s'accompagne de fièvre, seulement par moments ; elle n'accomplit, toutefois, son évolution, qu'à la condition d'un grand malaise général ; d'une profonde atteinte portée à la nutrition ; d'un affaiblissement progressif, et de douleurs vagues, prenant, tour à tour, plus d'intensité, soit du côté de la tête, soit du côté du ventre.

Cependant, l'inflammation granulique verse lentement et insidieusement son produit fibro-plastique sur les membranes, et sur les organes qu'elle occupe ; les granulations se forment, quelques-unes grossissent ; et probablement, si la maladie n'eût pas changé assez brusquement d'allure, un bon nombre d'entre elles se fussent peu à peu tuberculisées ; car l'individu qui les porte est lymphatique et strumeux ; et il a déjà du tubercule dans le cerveau, dans le poumon et dans les ganglions lymphatiques ; mais la scène change, après deux mois d'un état pathologique subaigu ; la fièvre s'allume avec intensité, l'orgasme inflammatoire anime les lésions phlegmasiques

disséminées dans tout l'organisme. La stupeur, l'accablement, tous les symptômes d'un état typhoïde violent s'emparent du malade, qui entre à l'hôpital, comme atteint d'une dothiénentérie grave; l'on voit alors, chez lui, prédominer peu à peu, au milieu des symptômes de l'état typhoïde, les effets de la désorganisation cérébrale, et bientôt il succombe.

Tous les symptômes qui ont précédé l'explosion aiguë de la maladie, sont bien ceux que l'on rencontre presque constamment chez la plupart des malades; cet état de malaise général, ces maux de tête, cette insomnie, ces rêvasseries, ce profond dégoût pour les aliments, etc., c'est bien la règle; mais au moment où la fièvre s'est allumée, le malade est immédiatement tombé dans un état de prostration qui, en général, n'est pas aussi développé chez les autres malades qu'il a été chez lui; souvent même la conservation des forces, contraste dans cette affection, avec l'affaiblissement musculaire, qui a lieu au début même de la dothiénentérie. Sans doute, l'extrême prostration avait sa cause ici, dans l'intensité de l'état typhoïde, qui dominait toutes les manifestations locales.

Après avoir jeté un coup d'œil sur la forme la plus générale de l'affection granulique, il convient de l'étudier dans les formes qui sont plus expressément en rapport avec le développement de l'inflammation, vers les organes de l'une ou l'autre des trois cavités.

Passons donc actuellement en revue chacune de ces formes, en commençant par la forme cérébrale.

CHAPITRE VI

AFFECTION GRANULIQUE A FORME CÉRÉBRALE.

Symptômes que l'on a regardé comme des prodrômes; ils sont déjà sous la dépendance de la maladie; ce sont des symptômes d'invasion, et en rapport avec le premier degré de l'inflammation granulique des méninges. — Division arbitraire de la maladie en trois périodes; aucune d'elles n'a de symptôme qui lui soit exclusivement propre. — La division de Robert Whitt, basée sur la fréquence du pouls, n'est pas toujours légitimée par la clinique. — Parmi les symptômes les plus constants de l'inflammation granuleuse de l'encéphale, sont : la céphalalgie, le vomissement et l'hypéresthésie. — Le vomissement peut simuler une maladie d'estomac. — Observation n° 11 de la salle Saint-Antoine. — Cris hydrencéphaliques. — Ils s'observent dans les trois périodes, et signalent parfois l'invasion de la maladie. — La physionomie est souvent altérée pendant ces cris; ils paraissent provoqués par une violente douleur; la somnolence leur succède. — Le calme méditatif dans lequel sont plongés les malades a quelque chose de spécial et de caractéristique. — Mouvements automatiques, carphologie, crocidisme; ralentissement du pouls, qui devient irrégulier et inégal. — Troubles de la respiration. — Observation d'un sergent de ville, couché au n° 18 de la salle Saint-Benjamin; délire; il n'appartient exclusivement à aucune période, et peut se rencontrer dans toutes; plus constant dans la troisième; hypéresthésie cutanée; muqueuse; musculaire; sensoriale; conjonctivite; clignement aboli; rétraction du ventre, due à l'hypéresthésie.— Raideur musculaire; contracture; convulsions; paralysie.

La forme cérébrale de l'affection granulique est incontestablement celle qui a été le plus et le mieux étudiée par tous les nosographes; sous le nom de fièvre cérébrale, de méningite tuberculeuse, d'hydrocéphale aiguë, nous possédons sur cette maladie, de très-nombreuses et de très-importantes monographies. Le mémoire de Dance, sur l'hydrocéphale aiguë (1), contient un exposé des symptômes de la maladie,

(1) Dance. Hydrocéphale aiguë. *Arch. gén. de méd.* 1829 et 1830.

qui est tracé de main de maître ; et le chapitre que M. le professeur Trousseau a consacré, dans son livre, à la *fièvre cérébrale* (1) est le chef-d'œuvre de ses leçons cliniques. Si l'illustre professeur eût étudié la *phthisie galopante*, autant que la fièvre cérébrale, il n'aurait pas, dans son œuvre, éloigné, comme il l'a fait, ces deux maladies l'une de l'autre ; et il aurait proclamé lui-même, comme je le fais ici, l'unité des deux affections.

En étudiant tout à l'heure les symptômes, directement liés à l'encéphalite granulique, on comprendra facilement comment les médecins, qui ont cru que toute la maladie était subordonnée à la lésion cérébrale, ont été conduits à croire que la maladie avait des prodrômes ; comment, en effet, auraient-ils pu interpréter autrement des troubles de la santé générale, ou des troubles passagers de l'innervation, qui ne pouvaient être encore rattachés raisonnablement, aux désordres ultimes, que l'affection produit dans le cerveau !

Tous ces symptômes, dus à la dissémination lente de l'inflammation granulique dans l'économie, ne pouvaient être regardés comme des symptômes de méningo-encéphalite ; aussi ne l'ont-ils pas été par les plus habiles : « Je ne nie pas, Messieurs (2), » écrit M. le professeur Trousseau, après avoir décrit les prodrômes de la fièvre cérébrale, « que ces phéno-
« mènes prodrômiques ne se montrent plus souvent au début
« de la fièvre cérébrale, que dans toute autre maladie ; mais
« ce serait exagérer leur valeur, que de les considérer, ainsi
« que l'a fait Rilliet, comme exclusivement caractéristiques
« de l'affection encéphalique. Ils me paraissent, en effet, se
« rattacher beaucoup moins à une lésion locale, qu'à l'état
« général, qui, s'il aboutit ici à l'encéphalo-méningite,
« aboutit chez d'autres à une pleurésie latente, ou bien à la
« tuberculisation pulmonaire, ou tout au moins à la tuber-
« culisation des ganglions pulmonaires ; chez d'autres encore,
« à ce qu'on appelle le *carreau*, c'est-à-dire à la tuberculi-

(1) Trousseau, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II.
(2) *Clin. méd.*, t. II, p. 312. 1862.

« sation du péritoine, et à l'engorgement tuberculeux des « ganglions mésentériques. Les accidents prodrômiques in- « diquent donc plutôt une opportunité morbide, qu'une ma- « ladie déclarée. »

Si fait, la maladie est bien déclarée! mais l'inflammation granulique, je l'ai dit, et je ne saurais trop le répéter, est une inflammation qui a peu de vivacité; c'est une inflammation dans laquelle les phénomènes communs, chaleur, rougeur, douleur, sont au minimum de ce qu'ils peuvent être dans une inflammation aiguë ; aussi, n'était la rapidité de son évolution, cette inflammation serait presque aussi bien placée, par le peu d'acuité de ses symptômes, à côté des inflammations chroniques, que parmi les inflammations aiguës, ou tout au moins, pourrait-elle servir de transition des unes aux autres.

Le peu d'acuité de la phlegmasie méningo-encéphalique fait qu'elle peut durer longtemps, sans produire d'autres désordres fonctionnels, que ceux qui sont regardés, par les auteurs, comme des prodrômes de la maladie ; en y regardant de près, cependant, on est frappé de l'analogie qui existe entre ces symptômes cérébraux, et ceux de la méningo-encéphalite chronique, qui conduit certains sujets, à la paralysie générale. En effet, quels sont ces troubles de la santé, qui sont regardés, par le plus grand nombre, comme les prodrômes de la fièvre cérébrale ?

Un changement dans le caractère; la gaieté fait place à la tristesse; la douceur et la patience font place à l'impatience, à l'irascibilité, à l'aigreur du caractère; les facultés affectives sont amoindries ou surexcitées ; les facultés intellectuelles sont frappées dans le même sens; perte de mémoire, inaptitude au travail de l'esprit, retour fatigant de certaines séries d'idées ; insomnie, ou rêvasseries continuelles, et réveils en sursaut ; puis douleurs de tête, ou vagues et persistantes, ou vives, soudaines et fugitives, s'accompagnant parfois d'un cri déjà caractéristique ; enfin, quelques troubles des sens, tels que bourdonnements d'oreilles, aberrations de la vue, hémiopie passagère, etc.

Ces symptômes ne sauraient être judicieusement regardés comme des troubles sympathiques d'un état morbide général, constituant plutôt une opportunité morbide, qu'une maladie déclarée ; car, on ne voit jamais dans l'état général, qui aboutit à la phthisie pulmonaire, des troubles de l'innervation, aussi directement en rapport avec les organes cérébraux, que ceux qui se rencontrent au début de la forme de l'affection granulique qui nous occupe. Sans doute, on peut rencontrer de l'affaiblissement général, de la pâleur, de la perturbation dans les fonctions digestives, de la chloro-anémie, etc., chez des personnes qui sont dominées par une diathèse tuberculeuse, qui se traduit, plutôt encore par des troubles dans les fonctions générales, que par les signes physiques d'une tuberculisation accomplie ; mais ces divers symptômes, liés à la dégradation physiologique de l'organisme par une tuberculisation encore latente, ne sont pas comparables à ceux qui appartiennent à l'affection granulique lorsqu'elle frappe le cerveau et ses membranes.

En définitive, je regarde les divers symptômes, qui viennent d'être brièvement rappelés, et qui constituent, pour beaucoup de médecins, les prodromes de la fièvre cérébrale, comme l'expression de l'inflammation granulique, sévissant déjà sur les organes encéphaliques ; mais, qu'on ne l'oublie pas, l'inflammation granulique, à ce premier degré, n'a point encore désorganisé la substance cérébrale ; elle n'a point encore déterminé le ramollissement des parties blanches, ni l'hydropisie des ventricules ; elle consiste seulement encore dans ce trouble de la vitalité des méninges, qui a pour effet de modifier la sécrétion physiologique, et de la remplacer par une exsudation fibro-plastique. Or, soit que celle-ci s'infiltre dans le tissu de la pie-mère, soit qu'elle se rassemble en petites granulations, elle pourra très-bien n'avoir pour résultat définitif qu'un peu de tissu conjonctif ; sans que l'inflammation qui la produit, porte son action jusqu'à la désorganisation des parties profondes de l'encéphale ; ou bien, si la maladie, par une déviation subite du processus pathologique, au lieu de continuer son évolution sur le cerveau, généralise prompte-

ment ses effets sur toute l'économie, elle pourra revêtir soudainement une forme typhoïde, et enlever le malade, sans que la méningo-encéphalite granulique ait été au delà de ce premier degré.

L'autopsie montrera, dans cette circonstance, l'intégrité du cerveau, en même temps qu'elle fera voir les lésions caractéristiques du passage de l'inflammation granulique sur ses membranes.

Actuellement, si rien ne vient détourner le processus pathologique de sa direction encéphalique, et que la maladie se déclare bien nettement sous la forme cérébrale, les symptômes se dérouleront-ils dans un ordre assez défini et assez régulier, pour qu'il soit possible de reconnaître à la maladie des périodes légitimes? Il faut avouer que les trois périodes, qui ont été établies dans les livres, sont bien artificielles et bien arbitraires.

Les symptômes initiaux de la première période, sont souvent ceux qu'on ne rencontre, à la clinique, qu'à la fin de la maladie; et, par contre, les symptômes qui sont classés par les auteurs, parmi les phénomènes ultimes et caractéristiques de la troisième période, sont précisément ceux qui apparaissent quelquefois dès le début de l'affection.

Il ne peut en être autrement, car les troubles fonctionnels sont étroitement liés à l'inflammation encéphalique; et ils sont nécessairement suborbonnés à sa marche, sur les diverses parties de l'encéphale.

L'inflammation granulique se comporte, du côté de l'encéphale, comme elle se comporte ailleurs; elle y présente les mêmes inégalités d'allure et de vivacité; vive aujourd'hui sur une partie des méninges, elle pourra concentrer, le lendemain, tous ses effets sur la séreuse ventriculaire, et y appeler l'afflux de la sérosité; le jour suivant, la sérosité pourra disparaître des cavités ventriculaires, avec autant de facilité qu'elle disparaît de la cavité pleurale; et elle pourra y être remplacée, par un retour d'orgasme inflammatoire; il en résultera des symptômes d'excitation, qui n'existaient plus, ou qui n'existaient pas encore; enfin, la désorganisation de la

substance nerveuse produira une paralysie permanente, qui succèdera souvent aux symptômes passagers de paralysie, due à la compression exercée sur le cerveau, par l'épanchement de liquide ventriculaire, et soumis, comme cet épanchement, à des alternatives assez brusques d'augmentation et de diminution.

Aucun symptôme n'a donc de moment véritablement déterminé dans la maladie ; et chacun peut apparaître presque indifféremment, dans l'une ou l'autre des trois périodes artificielles, que l'on a cherché à établir.

La division de la maladie, en trois périodes, basée sur l'état fébrile, n'a pas de valeur réelle. Peut-on, en effet, comme le pensait Robert Whitt, déterminer à quelle période de l'inflammation se trouve le malade, d'après l'état de son pouls? Le pouls, dans le cours de la méningite granuleuse, présente-t-il toujours de la fréquence au début, de la lenteur dans la deuxième période, et une si grande accélération dans la troisième? Non, sans doute; il y a à cette règle, de très-nombreuses exceptions; quelquefois, le premier symptôme qui éveille l'inquiétude du médecin, est un rallentissement extrême du pouls comme, une autre fois, ce sera sa fréquence insolite.

C'est surtout le peu de rapport, le contraste qui existe entre la lenteur ou l'accélération du pouls, et les autres symptômes offerts par le malade, qui donnent à l'état fébrile de cette maladie, un cachet particulier. Un individu peut avoir le pouls à 120, à 130, ou à 150 pulsations, avec très-peu de troubles fonctionnels; comme il peut arriver, qu'avec des symptômes graves, qu'avec un violent mal de tête, de violents vertiges, des vomissements incoërcibles, le pouls reste à 60 pulsations, et descende à 55, à 50, ou même encore au-dessous.

Un individu peut mourir au milieu des symptômes attribués à chacune des périodes, et il n'est pas, que je sache, un seul symptôme, depuis l'état fébrile, la céphalalgie, les vomissements, les cris hydrencéphaliques, la somnolence, l'hypéresthésie, jusqu'à la contracture et jusqu'à la paralysie, qui puisse être considéré avec raison comme l'apanage exclu-

sif de l'une des périodes de la maladie, et qui ne puisse être rencontré dans toutes les phases de son évolution.

Est-ce donc à dire, si les symptômes ont aussi peu de fixité dans leur moment d'apparition, qu'il convienne de supprimer, d'une façon absolue, la division, devenue classique, de la méningo-encéphalite granuleuse, en trois périodes? Je ne dis pas cela, car cette division peut, jusqu'à un certain point, faciliter l'intelligence des phénomènes pathologiques et les mieux graver dans l'esprit des élèves; mais il est indispensable, en abordant la clinique, de savoir tout ce qu'il y a d'irrégulier dans la constitution de ces périodes, et combien en définitive, elles sont artificielles et arbitraires.

Dans la forme la plus générale de la maladie, dans la forme typhoïde, si nous avons déjà rencontré la plupart des symptômes de l'inflammation granulique de l'encéphale, dans la forme de la maladie, plus expressément cérébrale, nous rencontrerons aussi, mais à un degré inférieur, plusieurs des symptômes qui se rapportent à la localisation de la phlegmasie spécifique dans les autres régions. En effet, je ne saurais trop le redire, la maladie est presque toujours plus ou moins généralisée, et la prédominence de la phlegmasie, vers telle ou telle autre des cavités, constitue seule toute la différence des diverses formes de l'affection. Voyons donc par quels caractères se dessine la maladie dans sa forme cérébrale.

Après un nombre de jours variable, pendant lesquels les malades ont éprouvé, plus ou moins complétement, les symptômes généraux de l'affection granuleuse, considérés à tort comme les prodromes de la maladie, on voit se manifester des symptômes plus en rapport avec la phlegmasie méningo-encéphalique. Parmi ces symptômes, la douleur de tête est certainement un des plus constants.

Les caractères de la céphalalgie sont d'ailleurs variables; la douleur peut être diffuse, occupant uniformément toute la voûte crânienne; comme elle peut être limitée à quelques points vivement douloureux; elle est souvent exacerbante; c'est-à-dire que les malades éprouvent une douleur, d'abord modérée, qui grandit tout à coup, qui leur grippe la physio-

nomie, qui leur fait contracter les sourcils, et qui, parfois, leur arrache un cri plaintif; puis la souffrance se radoucit, elle se calme quelques instants, pour reparaître au bout de quelques moments avec une nouvelle intensité. Cette douleur peut revenir par accès irréguliers, et se répéter plusieurs fois dans les premières vingt-quatre heures. Elle saisit par fois le malade pendant son sommeil; elle le réveille en sursaut, et elle lui fait pousser un cri; cela arrive surtout chez les enfants qui, au milieu du sommeil, se réveillent brusquement, avec une vive altération des traits, en poussant des cris violents; puis, presque tout à coup, la douleur se calme, et l'on suppose que l'enfant a eu un mauvais rêve, qu'il a été réveillé par un cauchemar; mais très-souvent les enfants n'ont pas encore rêvé, à l'âge où ils éprouvent ces symptômes, et ces cris, ainsi que le réveil en sursaut, sont vraisemblablement la conséquence de la douleur aiguë, spontanée et violente qui a sillonné leur cerveau.

Avec la douleur de tête, et souvent dès le début de la maladie, on constate aussi un symptôme d'une très-grande valeur : je veux parler du vomissement.

Lorsque les vomissements se répètent chez une personne qui n'a pas une indigestion, qui a du mal de tête, et qui n'a pas de fièvre, ils ont une très-grande importance, en ce qu'ils signalent souvent le début de la forme cérébrale, de l'affection granulique. Ces vomissements sont souvent apyrétiques, et ils ont même d'autant plus de valeur, qu'ils le sont davantage. En effet, il y a peu de maladies, en dehors des affections cérébrales, qui débutent ainsi par des vomissements, accompagnés de mal de tête, et sans fièvre.

Il peut arriver, sans doute, que ces deux symptômes se présentent aussi avec un état fébrile, vivement accusé; mais il peut arriver aussi que la fièvre manque totalement, et dans ce cas, la fréquence du pouls, attribuée par Robert Whitt, et depuis lui, par tant d'autres, à la première période de l'affection, n'existe pas du tout ; il n'y a pas alors, pour ainsi dire, d'état fébrile; et les signes de l'extension de l'inflammation granulique aux parties profondes de l'encéphale, consistent

exclusivement dans le mal de tête et dans les vomissements. Ces vomissements sont presque toujours pénibles pour les malades ; ils portent aux vertiges ; ils sont accompagnés de nausées permanentes, qui causent un malaise que rien ne peut calmer ; il peut arriver que ces vomissements, accompagnés déjà d'un certain degré d'hypéresthésie, soient très-douloureux, dès leur apparition, et qu'ils dominent à ce point toute la scène pathologique, qu'ils en imposent pour une affection de l'estomac.

J'ai commis une erreur de ce genre en 1862, pendant l'intérim que je remplissais, à l'Hôtel-Dieu, dans le cours de clinique médicale.

Une femme, âgée de trente-trois ans, gantière, était entrée à l'Hôtel-Dieu le 25 juin 1862, au n° 11 de la salle Saint-Antoine. Elle habitait Paris, seulement depuis quatre ans, et n'y avait encore fait aucune maladie. Elle n'avait point d'antécédents scrofuleux ; elle se portait habituellement bien ; néanmoins, elle avait eu une fluxion de poitrine, environ quinze mois avant de venir à Paris ; depuis plusieurs mois, elle travaillait peu, et se nourrissait très-mal ; elle mangeait presqu'exclusivement des pommes de terre ; elle avait beaucoup pâti depuis quelques mois. Elle nous racontait que sa santé s'était surtout altérée depuis cinq ou six semaines ; qu'elle avait commencé par éprouver, pendant huit ou dix jours, un certain malaise, de l'affaiblissement, de la diminution dans l'appétit, et bientôt un profond dégoût pour toutes choses ; puis, que tout à coup, il y avait de cela alors un mois, elle avait ressenti une très-vive douleur au creux de l'estomac, accompagnée d'une défaillance, pendant laquelle elle avait perdu presque complétement connaissance ; qu'on fut obligé de la porter dans son lit ; et, qu'à peine couchée, elle fut prise de vomissements de sang, qui se répétèrent plusieurs fois de suite ; et auxquels succédèrent des vomissements bilieux, qui duraient depuis cette époque, et pour lesquels elle entrait à l'hôpital.

A ma première visite, elle comptait un mois de cessation de travail et d'alitement ; elle se trouvait dans l'état suivant :

Sa physionomie était altérée ; le teint était animé ; les pommettes fortement colorées des deux côtés ; les yeux notablement cernés ; la peau du corps était flasque, les chairs molles ; la malade avait, évidemment, très-rapidement maigri. L'intelligence était nette, et la malade répondait très-clairement à toutes les questions. Elle ne souffrait pas de la tête ; par moment, elle la sentait bien un peu lourde : mais jamais, depuis le commencement de la maladie, elle n'y avait ressenti de vive douleur ; elle n'avait, non plus, aucun trouble des sens ; elle dormait très-peu, et rêvait beaucoup dès qu'elle s'endormait.

La malade accusait une soif très-vive, que rien ne pouvait satisfaire ; sa langue était sèche et recouverte d'un très-léger enduit blanchâtre ; l'haleine avait une odeur aigre, acide, nauséabonde ; la malade n'avait aucun désir d'aliments, et tout lui répugnait à prendre ; sitôt qu'elle avalait quelques gorgées de tisane, elle la vomissait ; les vomissements duraient depuis un mois ; ils étaient souvent bilieux, et ne contenaient plus de sang depuis le début de la maladie.

La malade éprouvait une constipation rebelle, et n'avait pas eu de garderobes depuis plusieurs jours.

Le ventre était amaigri, aplati ; les parois en étaient notablement contractées, la pression était douloureuse, particulièrement à l'épigastre ; lorsque l'on appuyait légèrement la main entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, on déterminait une douleur tellement vive que la malade poussait des plaintes, accompagnées d'une crispation des traits, exprimant une douleur violente ; la douleur abdominale s'irradiait du côté de l'hypochondre gauche ; mais elle ne correspondait pas dans le dos.

On ne découvrait d'ailleurs aucune tumeur dans le ventre ; les urines ne présentaient rien de particulier. La menstruation avait été jusque-là régulière, et l'examen des organes génitaux ne fit découvrir rien de notable.

Malgré la soif ardente, la fièvre était presque nulle ; la peau n'était pas chaude, et le pouls, parfaitement régulier, ne battait que 84 fois par minute.

La respiration était régulière et facile; la malade toussait parfois un peu mais sans cracher; et l'examen de la poitrine ne faisait découvrir aucune lésion des organes respiratoires.

Ce qui dominait donc, chez cette malade, toute la scène pathologique, c'était ces vomissements presque continuels, accompagnés d'une vive douleur à l'épigastre et d'un amaigrissement considérable.

Le diagnostic était mal aisé; ces vomissements incoërcibles qui duraient depuis un mois, qui avaient débuté par une hématémèse, et qui s'accompagnaient d'une vive sensibilité à l'épigastre, étaient bien de nature à faire penser à une affection idiopathique de l'estomac; aussi, prenant en considération toutes les raisons pour et contre l'existence, chez cette malade, soit d'une gastrite aiguë, soit d'un cancer de l'estomac, soit d'un ulcère simple de cet organe, j'inclinais vers l'idée de cette dernière maladie, et j'ordonnai pour traitement des boissons mucilagineuses et gommées, une potion calmante avec l'eau de laurier-cerise et le sirop diacode; des cataplasmes laudanisés sur le ventre, et pour aliments un peu de lait coupé avec de la décoction de gruau.

Sous l'influence de ce traitement, il ne survint aucun mieux, et le surlendemain la fièvre cérébrale se dévoilait par des symptômes formidables! Pendant toute la durée de la visite, la malade poussait incessamment ces cris perçants hydrencéphaliques si bien décrits par Coindet. Chaque cri s'accompagnait de l'expression d'une vive douleur sur la physionomie; cependant l'intelligence était profondément troublée, et la malade paraissait étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle; elle ne répondait à aucune de nos questions; les vomissements s'étaient encore répétés plusieurs fois depuis la veille; la constipation persistait, et le ventre, toujours sensible à la pression, restait notablement rétracté.

La tache cérébrale hypérémique se dessinait avec vivacité sur la peau du ventre, et sur celle des cuisses, et durait pendant plusieurs minutes. Le pouls, malgré les vives souffrances

de la malade, conservait sa régularité et son peu de fréquence; il battait seulement 84 fois par minute.

On appliqua des vessies remplies de glace sur la tête de la malade; on lui administra à l'intérieur le calomel et le jalap, des lavements purgatifs, et on lui appliqua des sinapismes sur les membres inférieurs.

Il y eut plusieurs évacuations dans la journée; la malade cessa bientôt de pousser des cris déchirants, et elle tomba dans une somnolence profonde.

Le jour suivant elle se sentait mieux, et elle ne conservait presque aucun souvenir de ses souffrances de la veille; son intelligence lui permettait de comprendre nos questions et d'y répondre; cependant elle paraissait absorbée par de profondes réflexions, et elle avait dans sa physionomie un calme singulier; elle nous disait avoir la tête lourde, mais sans vive douleur; elle avait par moment des sifflements dans les oreilles; les pupilles étaient très-dilatées; mais elles étaient égales et contractiles; la vue n'était pas troublée.

La soif était presque nulle; la langue avait repris de l'humidité et était un peu blanchâtre; il y avait toujours du dégoût pour toutes choses; les vomissements avaient cessé; il y avait eu plusieurs garderobes involontaires, et la malade avait uriné sous elle plusieurs fois; le ventre restait aplati et rétracté; il était toujours très-sensibe à la pression; mais l'exagération de la sensibilité était devenue générale; il y avait une vive hypéresthésie cutanée; on ne pouvait pas appuyer sur la peau, ou même passer légèrement le doigt sur la surface du tronc et des membres sans que la malade accusât de la douleur; on ne pouvait non plus presser avec la main les jambes et les cuisses, sans déterminer de la douleur dans les masses musculaires.

Il n'y avait toutefois aucune contraction dans les muscles des membres; et la malade n'avait pas éprouvé de convulsions.

Le pouls restait régulier et peu fréquent; la peau n'était pas chaude et la tache cérébrale se produisait toujours facilement. On continua la glace sur la tête; le calomel à

doses fractionnées, et l'application de sinapismes sur les cuisses.

Bientôt la stupeur et la somnolence se prononcèrent de plus en plus; l'intelligence devint lente et confuse; la malade répondait très-incomplétement à nos questions; elle mâchonnait assez souvent, comme si elle avait eu quelque chose dans la bouche; et elle faisait continuellement, avec les mains, des mouvements comme pour gratter ses draps.

Les yeux étaient brillants, les pupilles très-larges et peu mobiles.

La langue restait humide et devenait presque nette; la malade buvait quand on le lui disait, et sans avaler de travers; il n'y avait plus de vomissements. Les garderobes étaient involontaires; elle ne vidait plus sa vessie et il fallait la sonder. On ne constatait d'ailleurs aucune paralysie dans les muscles de la vie animale, ni aucune contracture. L'hypéresthésie paraissait moins vive; le pouls prenait un peu plus de fréquence, il marquait cent quatre pulsations, en même temps que la respiration devenait inégale et irrégulière; la malade faisait quelques respirations rapides, puis restait quelques secondes sans respirer; elle ne toussait pas, l'exploration directe du thorax ne fournissait aucun signe. Enfin, la malade mourut sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

L'autopsie nous montra les altérations de la méningo-encéphalite granuleuse; les méninges étaient enflammées; la pie-mère était infiltrée de sérosité ; un grand nombre de granulations fibro-plastiques se rencontraient à la base du cerveau, et le long des scissures de Sylvius; il n'y avait de suppuration dans aucune partie de l'encéphale.

Le corps calleux, la voûte à trois piliers et les couches optiques étaient notablement ramollis; les ventricules n'étaient pas dilatés; mais ils contenaient une quantité notable de sérosité transparente.

On trouvait dans les poumons, et à la surface des plèvres, un bon nombre de granulations fibro-plastiques; on en retrouvait aussi quelques-unes, mais plus rares, sur le péri-

toine et à la surface de la rate; aucune d'elles n'était tuberculisée.

La membrane muqueuse du tube digestif ne présentait aucune altération ; et l'estomac était parfaitement sain.

La malade, dont je viens de résumer l'histoire, le plus brièvement possible, est morte incontestablement de la fièvre cérébrale, de la méningo-encéphalite granulique des auteurs ; cependant, en considérant la dissémination des inflammations granuleuses du côté des trois cavités, on ne peut douter qu'elle ne fût atteinte d'une affection générale, et que les lésions qui occupaient l'abdomen et le thorax ne relevassent de la même cause que celles qui existaient du côté de la tête. Si la maladie s'est terminée par les symptômes de la forme la plus expressément cérébrale de l'affection granulique, il est certain aussi que depuis les cinq ou six semaines qui s'étaient écoulées avant que la malade n'entrât à l'Hôtel-Dieu, elle subissait les effets de la cause morbifique, et que les produits granuliques se généralisaient peu à peu dans l'économie.

Pour ceux qui voudraient persister à voir dans une telle affection deux maladies distinctes : une phthisie galopante et une fièvre cérébrale, et qui fixeraient le début de cette dernière maladie, seulement au moment où se sont manifestés les troubles cérébraux, par les cris hydrencéphaliques, il y aurait eu sans doute, chez cette malade, la période de prodromes, à laquelle mon ami, M. Bouchut, donne le nom de période de germination ; et que M. le professeur Trousseau regarde comme pouvant aboutir ici à la méningo-encéphalite; là, à la pleurésie latente ou à la tuberculisation pulmonaire. Mais en examinant les choses sans idées préconçues, n'est-il pas évident, chez cette malade, que les symptômes gastriques qu'elle a éprouvés, pendant tout le mois qui a précédé son entrée à l'hôpital, étaient sous la dépendance de l'inflammation cérébrale ; que ces vomissements incoërcibles que j'avais cru, bien à tort, liés à une altération de l'estomac, n'étaient que des vomissements symptomatiques de l'état du cerveau ? En conséquence, ne serait-il pas erroné de regarder les symptômes des premiers degrés d'un même

état pathologique, comme les prodromes des derniers? C'est mon avis.

Les cris hydrencéphaliques qui ont été si bien caractérisés, chez cette malade, et qui ont si soudainement éclairé le diagnostic de son affection, n'apparaissent pas toujours au même moment de la maladie; et il n'appartient pas plus à telle période qu'à telle autre.

D'après M. le professeur Trousseau, le cri hydrencéphalique s'observerait le plus souvent, dans la deuxième période; c'est-à-dire dans la période apyrétique de la maladie (1). Cependant, d'après l'éminent professeur, il aurait lieu, assez souvent aussi, dès le début, et même avant l'invasion de la maladie, faisant alors partie des troubles prodromiques.

Quelquefois enfin, on n'observe ce symptôme que vers la fin de la maladie; c'est-à-dire dans la troisième période des auteurs.

Le peu de régularité qu'affecte le cri hydrencéphalique relativement au moment de son apparition, et son absence totale, pendant toute la durée de l'affection, chez beaucoup de malades, empêchent d'affirmer, qu'il soit aussi directement en rapport avec la présence du liquide hydrencéphalique, qu'on a pu le croire; il se montre parfois extrêmement violent et prolongé, chez les malades qui n'ont dans les ventricules cérébraux qu'une très-petite quantité de liquide; tandis que chez d'autres, dont les cavités cérébrales sont distendues et remplies par la sérosité, ce symptôme manque complétement; il est donc infiniment probable qu'il n'a pas sa raison entière dans l'hydrocéphalie; et qu'une condition pathologique, que nous ne connaissons pas encore, est nécessaire à son apparition, que l'épanchement de sérosité dans les ventricules ne fait que favoriser.

Il est d'ailleurs très-difficile de juger jusqu'où ces cris sont l'expression d'une violente douleur; au moment où les malades les font entendre, leur intelligence est tellement troublée qu'ils ne sauraient pertinemment répondre s'ils souffrent,

(1) Trousseau, *loc. citat.*, p. 317.

et d'où ils souffrent; et lorsqu'ils retrouvent le calme, et qu'ils reprennent leurs sens, ils ne se souviennent plus de ce qui s'est passé, et ils semblent sortir d'un rêve.

Chez la malade, dont j'ai parlé tout à l'heure, comme aussi chez quelques autres, qui se sont offerts à mon observation, la physionomie, au moment de l'exacerbation de ces cris, prenait un air de souffrance extrêmement aiguë; mais chez les enfants, j'ai été souvent frappé par le contraste du calme de la physionomie et de la violence des clameurs; M. le docteur Bouchut pense avec Dance (1), que les cris perçants poussés par les enfants, pendant le cours de la méningite, sont dus à la douleur que cause la compression du cerveau, par l'accumulation du liquide hydrencéphalique; M. le professeur Trousseau, au contraire, ne croit pas que le cri, dont il est question, soit provoqué par une vive douleur; et il appuie son opinion sur la facilité avec laquelle les enfants se consolent, sitôt après ces cris, et sur le calme de leur physionomie.

La provocation de cris, presque en tout semblables aux cris spontanés hydrencéphaliques, chez les malades atteints d'une hypéresthésie cutanée très-exaltée, me porte fortement à penser que ces cris sont l'expression d'une violente douleur; ils varient d'ailleurs, autant par leur caractère, par leur répétition et par l'intervalle qui les sépare, que par l'époque de la maladie à laquelle ils se présentent. Tantôt ces cris sont brefs, et séparés les uns des autres par de longs intervalles; les enfants se réveillent en sursaut, poussent un cri, ouvrent les yeux, pleurent, tendent les bras à leur mère; puis ils s'affaissent et se rendorment; le tout n'a pas duré plus d'une ou deux minutes au plus. Ces réveils en criant peuvent se répéter deux, trois fois par nuit, ou bien se rapprocher beaucoup plus, et avoir lieu toutes les heures.

Il peut arriver aussi, comme le rapporte M. Trousseau (2), que le *cri cérébral* débute avec la maladie et ne cesse pas, même cinq minutes, pendant quatre, six, huit, dix jours.

(1) Dance. — Hydrocéphale aiguë, *Arch. gén. de méd.* 1830.
(2) Trousseau, *loc. citat.*, p. 317.

« Dans cette forme, la plus terrible peut-être et la plus dou-
« loureuse pour les familles, le pauvre enfant n'a pas un ins-
« tant de sommeil, il se jette à droite, à gauche, se roule dans
« son lit, n'est calmé ni par les caresses, ni par les menaces,
« et l'on s'étonne que cette frêle organisation puisse résister
« à une agitation aussi prodigieuse, aussi incessante. »

Le cri cérébral n'est pas toujours bref, unique, violent, et comparable à la clameur d'un individu surpris par un grand danger ; il est souvent plaintif, prolongé et exacerbant, particulièrement quand il est très-fréquemment répété ; et, dans cette circonstance, ses caractères se rapprochent beaucoup de ceux qui sont provoqués chez les femmes pendant l'accouchement, par les contractions utérines. Quoi qu'il en soit, ces cris, lorsqu'ils apparaissent, ont toujours une grande valeur pour le diagnostic.

La *somnolence* qui a succédé aux cris hydrencéphaliques, chez notre malade de l'Hôtel-Dieu, est un symptôme qui s'observe presque toujours à la suite de ces cris violents. Elle peut se manifester aussi à toutes les périodes de la maladie, bien qu'elle appartienne, plus particulièrement, à la deuxième période qu'aux deux autres. Lorsqu'elle survient après une vive excitation et après une insomnie prolongée, elle procure une apparence de mieux, qui redonne nécessairement un peu d'espoir de guérison, même aux plus experts. Cette somnolence peut durer plusieurs jours sous la forme d'un bon sommeil ; elle peut aussi être interrompue par le retour des cris dont j'ai parlé tout à l'heure.

Après quelques heures, après un jour de cette somnolence, rarement après un temps plus long, les malades tombent dans un calme extrêmement singulier, que l'on n'observe guère que dans cette maladie ; ils n'ont plus l'apparence de dormir, mais ils ont l'air d'être plongés dans une profonde réflexion ; ils ont les yeux ouverts, les globes oculaires immobiles, et le regard dirigé vers un objet qu'ils paraissent regarder, par distraction et sans le voir, comme il arrive souvent à ceux qui, dans l'état de santé, sont soudainement absorbés par une réflexion sérieuse, et qui dirigent machina-

lement leur regard vers une chose qu'ils ne regardent pas. Si l'on cherche à tirer les malades de leur méditation ; si on leur parle, si on leur adresse des questions, ils ont souvent l'air contrariés d'être distraits de leurs pensées, et ils répondent avec répugnance, avec lenteur, et comme à contre-cœur. Puis ils retombent immédiatement dans leur calme méditatif.

Dans cet état, ils n'éprouvent plus aucune souffrance, et ils ne manifestent plus aucun désir ; ils n'ont ni soif ni faim, et ils ne demandent absolument rien. Leur sensibilité paraît alors émoussée ; l'hypéresthésie, qui ne permettait pas la veille encore de leur toucher la peau sans leur causer de douleur, a diminué ou totalement disparu ; la sensibilité amoindrie de la conjonctive n'excite plus le clignement des paupières ; et la membrane muqueuse oculaire devient parfois le siége d'une vive inflammation.

Pendant cette apparence de profonde méditation, les malades exécutent souvent des mouvements automatiques, dont ils ne peuvent s'empêcher, mais qui ne sont cependant pas des mouvements convulsifs. Chez notre malade, ces mouvements consistaient dans l'action de gratter continuellement sur les draps ; d'autres malades remuent sans cesse les doigts les uns contre les autres, comme s'ils faisaient des boulettes de mie de pain, ou s'ils roulaient quelque chose entre eux. D'autres malades tournent alternativement la tête à droite et à gauche, sur l'oreiller, avec une régularité presque égale à celle du mouvement d'un pendule, et tout en conservant leur corps immobile dans le lit. Tous ces mouvements, d'ailleurs, s'accomplissent avec lenteur, comme si la volonté n'y présidait pas, et comme à l'insu de la conscience.

Pendant cet état de somnolence ou de calme méditatif, le pouls, sur la fréquence duquel Robert Whitt pensait pouvoir baser sa distinction des périodes de la maladie, et qui, jusqu'à l'apparition des cris hydrencéphaliques, avait offert une certaine fréquence, tombe presque toujours au-dessous de sa fréquence naturelle.

Il peut descendre successivement au chiffre de 60, 55 et 50 pulsations par minute.

Lorsque cette chute de pouls survient après quelques jours d'une excitation violente, et après une fièvre véhémente, elle justifie sans doute la division des périodes de Robert Whitt, basée sur l'état du pouls; mais cette diminution du nombre normal des pulsations artérielles, pendant la somnolence, n'a pas toujours été précédée d'une accélération considérable du pouls; il arrive très-fréquemment que, pendant la première période, période prodromique de beaucoup d'auteurs, période de germination du docteur Bouchut, le pouls s'élève peu au-dessus de son chiffre normal, et chez notre malade de la salle Saint-Antoine, on a vu que le chiffre des pulsations ne s'est jamais élevé avant l'explosion des cris hydrencéphaliques, au-dessus de 84 pulsations. A la lenteur si remarquable du pouls, il s'ajoute très-fréquemment de l'irrégularité et de l'inégalité dans les pulsations; ce qui est toujours un symptôme du plus mauvais augure.

Aux troubles de la circulation viennent se joindre aussi, dans la forme cérébrale de l'affection granulique, des symptômes remarquables dans la manière de respirer des malades, et des troubles importants de la contractibilité musculaire.

Un sergent de ville, âgé de trente-neuf ans, apporté dans mon service le 27 juin 1863, a présenté ces symptômes d'une façon si frappante, que ceux qui suivaient alors ma clinique en ont dû garder le souvenir.

Couché au n° 18 de la salle Saint-Benjamin, cet homme, doué d'une constitution primitivement robuste, mais affaiblie depuis quelque temps par la maladie, fut apporté à l'hôpital dans un état de délire, qui ne lui permettait pas de nous donner lui-même, des renseignements sur ses antécédents; nous apprîmes ce qui s'était passé, avant qu'il vînt à l'hôpital, par M. Brun, jeune médecin fort distingué, qui avait assisté au commencement de sa maladie, et qui lui avait donné les premiers soins que réclamait son état.

Jusqu'à l'année 1860, il n'avait fait aucune maladie sérieuse ; à cette époque, il fut atteint d'une pleurésie aiguë du côté droit, qui fut traitée par des vésicatoires volants, et qui dura près de trois mois. Parfaitement guéri de cette pleuré-

sie, il reprit toute sa belle santé, et il se porta très-bien jusqu'au mois de septembre 1862; à cette époque, il entra à l'hôpital du Midi, pour des accidents de syphilis constitutionnelle; et il sortit de l'hôpital des vénériens au mois de novembre de la même année, complétement débarrassé des manifestations syphilitiques, mais un peu affaibli; et bien qu'il ait pu reprendre son service régulièrement, à partir de ce moment, sa santé ne s'est jamais complétement rétablie.

Le 8 mai 1863, il fut atteint d'une deuxième pleurésie aiguë, occupant cette fois le côté gauche du thorax, et qui, traitée comme l'avait été la première, par les révulsifs et les purgatifs, disparut au bout d'un mois; il put sortir et se promener le 10 juin, se croyant bien guéri; mais, huit jours plus tard, il éprouva une rechute, et l'épanchement se reforma dans le côté gauche de la poitrine En même temps, il prenait du mal de tête, de l'insomnie, de la fièvre et un dégoût insurmontable pour toute espèce d'aliments.

Le 25 juin, bien que l'épanchement thoracique parut résorbé à M. Brun, qui du moins n'en retrouvait plus les signes, le malade restait très-notablement malade; la fièvre était modérée, mais le malaise et la céphalalgie persistaient; le dégoût pour les aliments restait insurmontable. Ce jour-là, les personnes qui entouraient le malade s'aperçurent de quelques désordres dans ses facultés intellectuelles; sa conversation devenait par moment incohérente, et la mémoire lui faisait défaut.

Le 26, le malade tomba dans un état de somnolence qui dura toute la journée, et qui était interrompu de temps à autre par des cris plaintifs; le 27, on l'apporta à la Pitié. Le 28, à ma visite du matin, voici l'état dans lequel je le trouvai : Le malade avait du délire, non point ce délire bruyant ataxique, consistant en une violente agitation des idées, exprimée par des actes désordonnés et par des vociférations tumultueuses, mais par un délire calme, lucide, se traduisant par l'ignorance du lieu où il était, par l'oubli de tout ce qu'il avait éprouvé, par l'indifférence de tout ce qu'il éprouvait encore, et de tout ce qui se passait autour de lui; il se sentait

bien, il n'avait de mal nulle part; et il se mettait à rire sans motif.

Cependant, malgré ce calme et cette insouciance apparente, la sensibilité cutanée était vivement exaltée; on ne pouvait pincer, tant soit peu, la peau du tronc et des membres, ou même la presser légèrement avec le doigt, sans provoquer une vive douleur, accompagnée d'une rétraction subite des membres, que le malade cherchait instinctivement à soustraire à la douleur, et d'une crispation des traits très-expressive.

Les pupilles étaient très-dilatées, égales et contractiles; il n'y avait pas de strabisme; la langue était humide et légèrement blanchâtre; la déglutition s'accomplissait sans difficulté, mais les sensations de soif et de faim paraissaient abolies; le malade était constipé depuis plusieurs jours; et il ne pouvait plus uriner seul, depuis la veille; il fallait le sonder, opération qui lui était extrêmement pénible, à cause de l'hypéresthésie générale à laquelle participait la membrane muqueuse des voies urinaires.

Le ventre était rétracté, aplati et très-sensible à la pression; la raie cérébrale se dessinait rapidement et avec vivacité sur les lignes parcourues par le doigt, sur la peau du ventre. La fièvre était modérée; la température de la peau n'était pas accrue, et le pouls battait seulement 80 fois par minute; mais il était déjà inégal et irrégulier. La respiration présentait dans son rhythme, un désordre remarquable; plusieurs inspirations, d'inégale profondeur, se succédaient rapidement; puis le thorax restait tout à coup immobile pendant plusieurs secondes, après lesquelles les mouvements inspirateurs se répétaient de nouveau avec une extrême inégalité, pour se suspendre encore. Cette allure singulière de la respiration ne pouvait s'expliquer que par la perturbation profonde de l'innervation; car l'exploration des organes thoraciques ne faisait plus découvrir que quelques bruits de frottement pleurétique, à la base de la poitrine.

Le diagnostic de la maladie ne laissait pas de doute; les pleurésies successives, éprouvées par le malade; l'aggrava-

tion de l'état général, au moment où la résorbtion du dernier épanchement eût dû coïncider avec le retour de la santé, s'il se fût agi d'une inflammation franche de la plèvre ; l'apparition presque simultanée des troubles cérébraux, ce délire calme, apyrétique, coïncidant avec une vive hypéresthésie de la peau, avec de la rétraction du ventre, de la constipation et de la rétention d'urine ; enfin, ce désordre si significatif, apporté dans la modalité de la respiration ; tous ces signes, rapprochés les uns des autres, ne pouvaient laisser méconnaître une affection granuleuse, ayant revêtu primitivement la forme thoracique, et prenant actuellement la forme cérébrale.

On attaqua la maladie par le calomel, à dose fractionnée ; par la résine de jalap, par les révulsifs cutanés ; mais il ne survint aucun mieux. Le malade fut très-agité pendant la nuit suivante ; son délire devint bruyant ; il fallut lui mettre la camisole, et, pendant toute la journée du lendemain, il resta dans le même état, ne reconnaissant personne.

Le 30 juin, l'excitation cérébrale fit place momentanément à un nouveau calme ; le malade eut quelques lueurs d'intelligence, et répondit à plusieurs de nos questions ; cependant l'hypéresthésie cutanée persistait et s'étendait aux muscles des cuisses et des jambes, que l'on ne pouvait embrasser avec la main, sans déterminer de la douleur.

Un nouveau symptôme se manifestait aussi, du côté de la contractilité ; les doigts, les mains et les bras étaient dans la flexion, et atteints évidemment d'un certain degré de contracture ; on parvenait bien, après un peu de résistance, à vaincre la raideur, mais elle reparaissait après quelques secondes et prédominait d'intensité, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, sans aucune fixité. Les cuisses étaient aussi demi-fléchies sur le bassin et affectées d'une certaine raideur. La fièvre restait très-modérée, le pouls toujours inégal, battait 88 fois par minute, et la respiration conservait sa singulière irrégularité.

Le 1er juillet, le malade tomba dans un grand affaissement; son visage, empreint d'une pâleur cadavérique, exprimait une

stupeur profonde; ses yeux étaient ouverts; les conjonctives fortement hypérémiées, les pupilles largement dilatées, et presque complétement immobiles; la vue paraissait abolie, le clignement ne s'exécutait plus, ni spontanément, ni à l'approche d'un objet venant brusquement menacer l'œil. Sa tête était renversée en arrière, par suite de la contraction des muscles du cou; une certaine raideur occupait encore les muscles des membres supérieurs; le ventre était excavé; ses parois fortement contractées; la rétention d'urine persistait toujours. L'hypéresthésie néanmoins ne perdait rien de sa vivacité; le cathétérisme était toujours très-douloureux, et les sensations cutanées, excitées par le pincement le plus léger, faisaient brusquement sortir le malade de sa stupeur; il poussait un cri, accompagné d'une affreuse grimace; après quoi il retombait dans son affaissement.

Le pouls prit, dès ce moment, plus d'accélération, et la respiration devint extrêmement fréquente.

Le 2 juillet, le pouls battait 154 fois par minute, avec une extrême irrégularité, qui le rendait par moment, incomptable. Les inspirations, toujours inégales, s'élevaient à 42 par minute, et s'accomplissaient avec une rapidité convulsive, qui donnait lieu à une espèce de sifflement, s'entendant à distance. Le malade poussait par moment, des plaintes inarticulées, et marmotait des mots inintelligibles; pendant la journée, il présenta de la carphologie et du crocidisme, alternant avec un certain degré de contracture; il succomba à onze heures du soir.

L'autopsie vint justifier complétement le diagnostic que nous avions porté, d'une affection granuleuse généralisée, à forme cérébrale.

Chez ce dernier malade, comme on vient de le voir, les premiers effets de l'extension de l'inflammation granulique vers l'encéphale, ont été des troubles de l'intellection. Tandis qu'une nouvelle poussée phlegmasique venait de se manifester du côté de la plèvre, les personnes qui l'entouraient, s'apercevaient de l'incohérence de ses idées, et de l'infidélité de sa mémoire. Dès le lendemain il était plongé dans un état

de somnolence, interrompu seulement, de temps à autre, par des manifestations délirantes.

Le *délire*, dans la forme cérébrale de la granulie, est un symptôme qu'on rencontre presque toujours; mais qu'on ne rencontre, en général, qu'à une période avancée de la maladie; il est rare qu'il signale, comme chez ce malade, le début de la phlegmasie méningée : presque toujours, il n'apparaît qu'à un moment, où vraisemblablement la substance cérébrale est déjà fortement altérée; et où l'hydropisie ventriculaire est plus ou moins abondante. Sous le rapport du moment de son apparition, il offre une différence considérable entre la méningite simple ou traumatique, et la méningite granulique; le peu de vivacité de cette dernière inflammation, explique, jusqu'à un certain point, comment l'intelligence peut rester complétement intacte, jusqu'au moment où les parties centrales du cerveau sont elles-mêmes envahies par l'inflammation. Il n'en est pas de même dans les inflammations trauma tiques des méninges, qui, dès leur début, s'accompagnent presque constamment d'un délire violent.

Les caractères du délire, propre à la granulie cérébrale, sont aussi tout particuliers; les malades sont calmes, comme s'ils étaient plongés dans une méditation très-sérieuse; il semble que leur *moi* soit étranger à la vie de relation; on agit autour d'eux, on leur parle, on les remue; ils sont comme des gens distraits, absorbés par leurs réflexions; et si, un moment, on les ramène au monde extérieur, ils semblent y revenir à regret, et retombent, presque aussitôt, dans la concentration intérieure de leur pensée.

Dans cet état de calme et de prostration, il peut survenir quelques hallucinations des sens; les malades entendent des bruits; des sons imaginaires; ils voient des images de choses qui ne frappent point leur vue; ils éprouvent des réminiscences illusoires d'odeurs et de saveurs qui leur sont pénibles. On les voit aussi, assez souvent, tandis qu'ils sont plongés dans leur calme méditatif, accomplir automatiquement ces divers mouvements des mains et des doigts qu'on appelle la carphologie et le crocidisme; ils font, parfois aussi, des mou-

vements de la tête, à droite et à gauche, comme si quelque objet attirait leur regard alternativement de chaque côté.

Un caractère également remarquable de ce délire est sa disparition, par moment, presque aussi subite et inattendue que son retour. Il y a de l'intermittence dans les troubles de l'intellection; et malgré la continuité du travail pathologique, désorganisateur des parties centrales de l'encéphale, il n'est pas très-rare que les malades, quelques heures avant de mourir, recouvrent leurs facultés de relation; qu'ils reconnaissent les personnes qui les entourent, et qu'ils donnent des témoignages frappants de la liberté de leur conscience.

Parmi les troubles de l'innervation, nous avons eu déjà l'occasion, à propos de la forme typhoïde de l'affection granulique, de signaler l'hypéresthésie. C'est un des symptômes les plus constants de la forme cérébrale; restreinte parfois à une petite étendue de la peau, à une seule région du corps; elle est d'autres fois plus généralisée; et à des degrés variables de vivacité, elle occupe la totalité de la peau, et souvent aussi les membranes muqueuses, et les organes des sens.

Les masses musculaires des jambes et des cuisses, sont souvent aussi le siége d'une vive hypéresthésie; on ne peut alors comprimer ces parties avec la main, sans causer aux malades une vive douleur. L'hypéresthésie des membranes muqueuses rend parfois le cathétérisme extrêmement douloureux, et peut déterminer un spasme de l'urèthre, capable de rendre cette opération aussi difficile, que s'il s'agissait d'un rétrécissement organique; j'ai constaté ce phénomène pathologique chez un malade que l'on supposait atteint d'un rétrécissement du canal, et qui n'en avait pas, comme le démontra bientôt l'autopsie.

La rétine, malgré la dilatation extrême de la pupille, est souvent si impressionnable, que les malades éprouvent de la photophobie; qu'ils réclament l'obscurité, et qu'ils ferment constamment les yeux pour se garer de la lumière. C'est même un signe dont il ne faut pas négliger la valeur, que cette simultanéité de la photophobie et de la dilatation des pupilles; car dans les maladies, autres que celle qui nous occupe, la

photophobie coïncide presque toujours avec le resserrement de la pupille.

L'hypéresthésie peut disparaître après un temps très-variable, et être même remplacée par de l'anesthésie ; mais ce dernier symptôme est beaucoup moins constant ; et quand il existe, il n'est presque jamais général, mais limité à une petite étendue des téguments, ou à un organe des sens ; quand il frappe les conjonctives, le clignement cesse de se produire, comme chez le dernier malade, dont je viens de parler, et la membrane muqueuse oculaire devient le siége d'une vive inflammation, dont les conséquences peuvent être fort graves, ainsi que M. le professeur Trousseau le fait judicieusement remarquer.

Chez presque tous les malades qui sont atteints de la forme cérébrale de l'affection granulique, on constate à un degré plus ou moins saillant, la rétraction des parois du ventre ; et si l'on vient à palper l'abdomen, on détermine de la sensibilité et de la douleur qui exagèrent la contraction musculaire.

Je pense que l'hypéresthésie superficielle et profonde de l'abdomen, n'est pas complétement étrangère à la contraction des muscles, et qu'il se passe dans cette circonstance, du côté des parois du ventre, ce qui arrive au système musculaire de toute région, qui devient soudainement douloureuse ; l'irritabilité s'accroît, et la contraction se met en jeu.

Cependant l'on ne peut méconnaître, dans d'autres circonstances, que la contractibilité musculaire, ne soit directement influencée par l'inflammation granulique du système nerveux, comme le témoignent les faits nombreux, dans lesquels ont été notés les convulsions, la contracture et la paralysie.

Les convulsions cloniques, les attaques d'éclampsie, sont assez rares chez l'adulte, sous l'influence de l'inflammation granulique ; mais elles ont été fréquemment signalées dans la méningite des enfants, soit à la première période, soit à la troisième ; les convulsions toniques, la rigidité spasmodique des muscles sont beaucoup plus fréquentes dans la granulie

méningo-encéphalique, que les convulsions cloniques. C'est particulièrement dans la troisième période des auteurs, et lorsque déjà, les parois des ventricules, la voûte à trois piliers, le septum lucidum, le corps calleux sont le siége du ramollissement inflammatoire, que se présentent la contracture et la paralysie, dans cette triste maladie.

La contracture apparaît, le plus souvent, de prime abord, sur les muscles du cou, sur ceux des membres; parfois elle varie d'intensité d'un moment à l'autre, et elle change souvent de siége; d'autres fois, elle est permanente, et précède la paralysie des muscles qu'elle atteint.

Beaucoup de malades succombent avant que la désorganisation de la pulpe nerveuse soit portée au point de déterminer la paralysie.

Parmi les muscles de la vie de relation, qu'elle affecte le plus promptement, se trouvent ceux du globe oculaire. Lorsqu'elle les frappe, elle produit toujours du strabisme, à un degré plus ou moins prononcé. Les fibres musculaires de la vessie et du rectum, sont très-fréquemment atteints; et il résulte de leur paralysie, de la rétention d'urine, ou bien de l'incontinence; les garde-robes deviennent aussi, souvent involontaires.

De tout ce qui précède, il ressort que la fièvre cérébrale n'est autre chose que l'affection granulique, qui constitue dans sa forme la plus générale, la phthisie galopante des auteurs.

De ce que les faits cliniques, sur lesquels j'appuie mon opinion, sont des exemples de granulie généralisée, à forme cérébrale, il ne faudrait pas conclure que dans tous les cas de fièvre cérébrale, ou méningo-encéphalite granulique, la maladie se présente toujours à ce même degré de généralisation.

Il n'en est point ainsi ; et il arrive, pour la forme cérébrale de cette affection, comme pour les formes thoracique et abdominale, que la maladie soit quelquefois limitée, presqu'exclusivement, aux organes de l'une des trois cavités; mais ces cas sont relativement rares; et en y regardant de

près, on reconnaît aussi, le plus souvent, des traces du passage de l'inflammation granulique, du côté d'un certain nombre des organes, contenus, soit dans la poitrine, soit dans l'abdomen.

Il était important, on le comprend, pour mettre en évidence l'unité de l'affection, dans tous ces cas divers, de choisir des exemples, dans lesquels les phlegmasies granuliques fussent disséminées sur un grand nombre d'organes ; et c'est ce que j'ai fait.

CHAPITRE VII

AFFECTION GRANULIQUE A FORME THORACIQUE.

La forme thoracique de l'affection granulique peut être accompagnée de lésions plus ou moins généralisées du côté des organes de la tête et du ventre. — La phlegmasie granulique peut être aussi exclusivement limitée aux organes de la poitrine. — La forme thoracique est une de celles qui se compliquent le plus souvent de tuberculisation. — Il faut distinguer le cas où la granulie existe seule, de celui où elle est associée à la tuberculisation, et marche de pair avec elle. — Il sera question plus particulièrement ici de la première de ces deux conditions, la seconde étant réservée pour le chapitre consacré aux affections granuliques de toutes formes, alliées à la tuberculisation. — La forme thoracique de l'affection granulique est presque toujours pleurétique, et se distingue des autres espèces de pleurésies par l'état général qui précède, accompagne et suit aussi les manifestations locales, du côté du thorax. — Relation clinique.

L'affection granulique à forme thoracique se présente à la clinique dans trois conditions différentes, qu'il importe de préciser : la maladie peut s'offrir avec un ensemble de symptômes qui lui donne l'aspect tout d'abord d'une affection générale, d'une pyrexie, d'une fièvre gastrique, et, dans cette circonstance, ce n'est qu'au bout de quelques jours que la détermination locale du côté des organes thoraciques, se manifeste. En second lieu, la maladie peut se présenter avec les caractères d'une simple pleurésie, affectant, soit les deux côtés de la poitrine simultanément, soit un seul côté seulement, et à laquelle, après un certain nombre de jours, viennent s'ajouter des symptômes généraux, qui n'appartiennent pas d'ordinaire à la pleurésie simple, et qui sont l'expression de la maladie générale, à laquelle se reliait déjà l'existence des premiers symptômes thoraciques.

Enfin, dans une troisième circonstance qui est de beaucoup la plus commune, la forme thoracique de l'affection granulique se présente alliée à la tuberculisation plus ou moins rapide ; elle constitue la forme *catarrhale* de la phthisie galopante, décrite par les auteurs, et la tuberculisation aiguë de quelques-uns.

Cette troisième variété de la maladie trouvera plus naturellement sa place dans le groupe des affections granuliques, alliées à la tuberculisation ; dans ce chapitre, nous nous occuperons plus particulièrement des deux premières.

Lorsque les symptômes généraux se présentent les premiers, qu'ils précèdent toute manifestation thoracique, l'affection granulique se traduit par un état maladif, assez analogue, sinon en tout semblable, à celui qui signale le début des formes typhoïde et cérébrale, dont il a été précédemment question. En effet, l'inflammation granulique, disséminée avec peu de vivacité sur un plus ou moins grand nombre des organes de l'économie, se traduit par un ensemble de symptômes qui éveillent plutôt l'idée d'une pyrexie lente que celle d'un état général sympathique d'une phlegmasie latente.

Les malades ont en général peu de fièvre, la peau est médiocrement chaude, et les battements du pouls surpassent rarement le chiffre de 80 par minute. Ils ont la tête lourde, sans douleur nettement accusée, et sans troubles des sens ; leur sommeil est agité, interrompu par des rêvasseries ; ils se plaignent d'un sentiment de malaise et de faiblesse générale, qui les rend impropres à continuer leurs travaux ; ils ont perdu l'appétit, tout leur inspire du dégoût, leur langue est blanchâtre et humide, ils n'ont pas de diarrhée, leur ventre est souple, mais partout légèrement sensible. La maladie s'est déclarée lentement, sans frisson initial, sans dyspnée, sans symptômes pectoraux, et l'examen minutieux de la poitrine ne fait encore rien découvrir.

Cet état maladif persiste plusieurs jours sans se modifier, et sans qu'aucun nouveau symptôme vienne signaler la nature du mal; enfin, le malade a toussé un peu, ou bien il a éprouvé un peu de gêne dans un des côtés de la poitrine, peut-être

même, un vrai point de côté; au total, il attire de nouveau l'attention du médecin vers le thorax, et cette fois on découvre qu'un léger épanchement occupe la partie la plus déclive de l'une des plèvres; la matité, le souffle tubaire et l'égophonie ne laissent plus de doute; le malade a une pleurésie.

Cependant, cet état de malaise, qui a précédé de cinq jours, de dix jours, de quinze jours peut-être, l'exsudation séreuse de la plèvre, n'a point encore disparu; la réaction fébrile est à peu près nulle; mais la tête n'est point débarrassée, et, par moments, le malade éprouve de la céphalalgie; il ne dort toujours pas, ou s'il dort un instant, un mauvais rêve le réveille aussitôt, et le tient longtemps éveillé; il éprouve quelques bruits d'oreilles, parfois un peu de trouble de la vue, ou une dilatation inégale des deux pupilles, comme chez un petit malade qui était couché au n° 26 de notre salle Saint-Benjamin, dont l'observation sera rapportée plus loin, parmi les cas de guérison (1). L'état gastrique persiste; le malade n'a pas de soif; sa bouche reste pâteuse, la langue est blanchâtre, et l'appétit est complétement nul.

L'épanchement pleurétique, qui n'occupait primitivement qu'un seul côté, ne tarde pas, en général, à occuper les deux; néanmoins le malade a peu d'oppression, peu de douleur, peu de toux et pas d'expectoration.

Que l'on traite ces épanchements par une médication révulsive, plus ou moins active, ils sont, en général, peu rebelles, tant que la tuberculisation ne vient pas s'allier à l'affection granulique; mais si, après un certain temps, une phthisie plus ou moins rapide vient jouer un rôle dans la scène pathologique, la pleurésie prendra des caractères plus dramatiques, et le malade succombera avec plus ou moins de promptitude, aux ravages d'une tuberculisation aiguë.

Laissons de côté, pour le moment, cette circonstance tragique.

L'épanchement pleurétique, après plusieurs jours de durée,

(1) Voy. chap. X, obs. du n° 26 de Saint-Benjamin.

et après quelques alternatives d'accroissement et de délire, finit par disparaître, laissant seulement sur ses traces quelques bruits de frottement, en rapport avec l'organisation des adhérences cellulaires, qui se fait aux dépens de la lymphe fibro-plastique exsudée de la surface des plèvres, par l'effet de l'inflammation granulique.

Malgré la disparition du liquide qui occupait les plèvres, l'état général du malade ne s'améliore pas. Le même sentiment de malaise persiste; l'insomnie, les rêvasseries, les bruits d'oreilles, le dégoût pour les aliments, tous ces symptômes qui avaient précédé la manifestation thoracique, persistent encore après elle.

C'est qu'ici l'état général n'est pas exclusivement subordonné à l'inflammation des organes thoraciques, comme dans une pleuro-pneumonie, franchement inflammatoire, dans laquelle la vivacité de l'inflammation locale éveille des troubles sympathiques, qui sont subordonnés, jusqu'à un certain point, à son intensité, et qui disparaissent, à mesure que l'inflammation s'éteint.

Dans la pleuro-pneumonie granulique, la maladie peut être d'emblée générale, et c'est de cette variété dont il est ici question; des manifestations multiples se disséminent à la fois, du côté des méninges, du côté des viscères abdominaux, et du côté du thorax; mais ces manifestations diverses sont encore superficielles; elles n'entraînent pas avec elles la désorganisation profonde des organes encéphaliques, comme dans la forme cérébrale.

Leurs effets sont plus limités, et s'étendent, rarement encore, au delà de la surface des membranes séreuses. Il en résulte un état de malaise général, qui emprunte aux fièvres continues, quelques-uns de leurs symptômes, et qui ne révèle souvent sa nature, qu'après une durée de plusieurs jours, par l'apparition soudaine d'un épanchement pleurétique.

Dans une autre circonstance, la maladie débute par les troubles thoraciques; le malade a du point de côté, de l'oppression, un peu de toux, et, dès le premier abord, le médecin reconnaît une pleurésie.

Si le malade a été pris brusquement, en pleine santé, que sa fièvre soit modérée, et qu'il n'éprouve absolument que des symptômes, en rapport avec l'inflammation des plèvres, la nature granulique de l'affection restera masquée; et l'on croira n'avoir affaire qu'à une pleurésie simple. Cependant, dans la marche de l'épanchement, dans sa prédominence alternative de l'un et de l'autre côté de la poitrine, dans sa prompte disparition, et par fois, dans sa réapparition soudaine et inattendue, on peut déjà trouver des indices de sa nature spéciale; mais le voile sera rendu tout à fait transparent, si l'épanchement, à peine résorbé, le malade commence à éprouver les symptômes de la dissémination de l'inflammation granulique vers d'autres organes; et si, au lieu d'entrer franchement dans la convalescence d'une pleurésie simple, il prend du mal de tête, de l'insomnie, des troubles des sens, de l'affaiblissement général, du dégoût pour les aliments, de la gastricité et de la sensibilité abdominale. A ce moment, un signe, dont il a été déjà amplement question dans les chapitres précédents, la tache cérébrale hypérémique, se joindra aux autres symptômes. Si l'on trace avec le revers de l'ongle, des lignes sur la peau du ventre, une vive hyperhémie y apparaît sous forme de traînées rouges; ces traînées, qui sont ce que M. le professeur Trousseau appelle la tache cérébrale, se montrent, comme je l'ai déjà dit, indistinctement dans toutes les formes de l'affection granulique, et viennent apporter, dans les cas où le diagnostic est douteux, un élément de plus au jugement du médecin.

De toutes les formes de l'affection granulique, la forme thoracique est incontestablement une des moins graves; car, si la maladie reste limitée aux plèvres, l'épanchement une fois résorbé, les produits inflammatoires albumino-fibrineux ne tarderont pas à s'organiser, et donneront lieu à des adhérences celluleuses, entre les plèvres pulmonaires et pariétales, parfaitement compatibles avec la santé.

Cependant les formes typhoïde ou cérébrale de l'affection peuvent succéder à sa forme pectorale, et dans ce cas, la maladie prend une gravité extrême, et se termine presque tou-

jours très-rapidement par la mort; j'ai déjà rapporté un exemple de cette brusque terminaison, à propos de la forme cérébrale de l'affection (1). Une terminaison funeste, qui n'est pas moins à craindre, c'est la tuberculisation des produits fibro-plastiques; dans ce cas, le malade devient en proie, plus ou moins promptement, aux symptômes de la tuberculisation aiguë.

Une femme, âgée de cinquante-quatre ans, entrait dans mon service, à la Pitié, le 26 septembre 1863, pour une pleurésie du côté droit, qui s'était développée sourdement, à la manière des pleurésies latentes; la malade, douée d'une bonne santé habituelle, n'ayant aucun antécédent d'affection strumeuse ou rhumatismale, et n'ayant jamais eu de fluxion de poitrine, nous racontait, au moment de son entrée, que sa santé s'était altérée, seulement depuis une quinzaine de jours.

Sans cause connue, elle avait éprouvé du malaise; elle avait perdu l'appétit, elle sentait, de jour en jour, ses forces l'abandonner; néanmoins elle avait pu continuer, jusqu'alors, ses occupations, qui consistaient à faire des ménages.

A notre premier examen, nous constations, dans le côté droit de la poitrine, un épanchement, occupant la moitié inférieure de la plèvre; il était caractérisé par de la matité, par de la respiration tubaire, et par de l'égophonie.

Cette pleurésie donnait lieu à peu de réaction fébrile, et à peu de troubles fonctionnels; le pouls était à 78 pulsations; la malade éprouvait, à peine, un peu de gêne dans le côté droit; elle n'était pas oppressée, et toussait très-peu; cependant elle se sentait malade; elle était abattue; elle avait la tête lourde, elle ne dormait pas depuis plusieurs jours; elle avait la langue blanche, la bouche très-mauvaise, elle éprouvait un dégoût très-prononcé pour toutes choses; elle n'avait pas de diarrhée, elle était plutôt un peu constipée; le ventre était souple; mais il était partout un peu sensible à la palpation, surtout au creux épigastrique.

On lui appliqua, d'abord, un vésicatoire volant sur le côté

(1) Voy. chap. VI, page 160.

droit de la poitrine, et on lui fit prendre ensuite des boissons nitrées, et un julep gommeux, additionné de dix centigrammes de feuilles de digitale.

L'épanchement diminua rapidement. Après le premier vésicatoire, la matité n'occupait plus que le tiers inférieur du thorax, et la respiration tubaire devenait plus obscure, en même temps que l'égophonie était remplacée par un bourdonnement, assez confus, de la voix.

Néanmoins l'état général ne suivait pas l'amélioration locale; la malade disait se sentir toujours mal à l'aise; elle ne dormait pas les nuits, elle avait souvent du mal de tête; elle conservait la langue blanche et ne mangeait qu'avec une extrême répugnance. Les raies hypérémiques se dessinaient facilement sur la peau du ventre et sur celle des cuisses. On appliqua un deuxième vésicatoire volant; et on continua l'usage des diurétiques.

Peu à peu, le murmure vésiculaire reparut, avec plus de netteté, dans la région de la poitrine, où avait existé l'épanchement, et quelques bruits de frottement se firent entendre çà et là, dans le côté droit de la poitrine, dont le quart inférieur restait encore un peu moins sonore que celui du côté opposé; mais la présence du foie, qui était un peu augmenté de volume, et qui dépassait les fausses côtes de deux travers de doigt, pouvait bien ne pas être complétement étrangère à la persistance de ce reste de matité.

D'ailleurs, l'état général était meilleur, et la malade reprenait un peu de force et de l'appétit.

Le 23 octobre, elle paraissait avoir recouvré complétement la santé, et il ne restait plus, du côté de la plèvre, que les vestiges de la pleurésie, c'est-à-dire quelques bruits de frottement, mélangés au murmure vésiculaire, légèrement affaibli, et un peu de diminution dans la sonorité de la base du thorax de ce côté; le souffle et l'égophonie avaient d'ailleurs totalement disparu depuis longtemps. Elle partit pour la maison de convalescence du Vésinet, en nous promettant de revenir dans mon service, si elle retombait malade.

Pendant son séjour au Vésinet, tandis qu'elle se promenait,

elle éprouva un jour subitement, une extrême oppression, avec imminence de suffocation; on fut obligé de la porter dans son lit; et l'on crut, nous dit-elle, qu'elle allait mourir. On lui appliqua des sinapismes, et bientôt tout symptôme disparut. Elle quitta l'asile de la convalescence en bon état, et retourna en ville, où, pendant plusieurs jours, elle fit de nouveau ses ménages.

Le 8 novembre, elle retomba malade; elle éprouva des frissonnements, de la douleur dans le côté gauche, et de la fièvre. Elle rentra dans mon service le lendemain avec une nouvelle pleurésie, occupant cette fois le côté gauche; elle avait de la fièvre, du mal de tête, des bourdonnements dans les oreilles; elle n'avait pas dormi de la nuit; sa langue était collante, et recouverte d'un enduit blanchâtre; elle avait de la soif et quelques nausées, sans vomissement; elle toussait un peu, sans cracher, et elle éprouvait de la douleur dans le côté gauche du thorax; le ventre était partout sensible à la palpation; elle avait de la constipation; les urines étaient naturelles; les raies hypérémiques se dessinaient vivement sur la peau du ventre, et duraient plusieurs minutes.

L'examen du thorax faisait constater encore quelques bruits de frottement du côté droit de la poitrine, où avait existé la première pleurésie; et du côté gauche, on trouvait de la matité, occupant la moitié inférieure; et dans la même étendue, on entendait un mélange de grosse crépitation humide, et de respiration tubaire, accompagnée de broncho-égophonie.

La récidive de la maladie, l'apparition d'une nouvelle pleurésie, du côté opposé à celui où avait eu lieu la première, les symptômes insolites qui l'accompagnaïent, le développement rapide des raies hypérémiques sur le ventre, furent autant de raisons qui me firent douter de la nature franchement inflammatoire, de ces pleurésies successives, et qui me portèrent à admettre une affection granulique à forme pleurétique.

Traitée de nouveau par les vésicatoires volants, par les préparations de digitale, par le nitrate de potasse, et par quelques pilules de musc, la malade resta plus malade qu'on ne l'est d'ordinaire, dans une pleurésie simple; et, à mesure que le

nouvel épanchement prenait des proportions moindres, elle s'affaiblissait davantage, au lieu de reprendre de la santé; elle conservait de la fièvre; elle se plaignait continuellement de mal de tête; elle ne dormait pas; elle avait souvent du tintement dans les oreilles; elle avait sans cesse mal au cœur; et elle ne mangeait qu'avec un extrême dégoût, le peu d'aliments qu'elle prenait chaque jour.

Le 12 décembre, la malade, après s'être levée, dans l'après-midi, comme elle faisait depuis quelques jours, et après avoir mangé avec un peu plus d'appétit qu'à l'ordinaire, se recoucha tranquillement, assez satisfaite d'elle-même. M. Julliard, mon interne, la vit à sa visite du soir, et il ne trouva rien, dans son état, qui éveillât son inquiétude. Tout à coup, vers sept heures du soir, elle s'écria : « Mes amies, venez vite, je meurs, je meurs! » On accourut aussitôt, elle était morte!

Cette mort subite, déterminée par une embolie pulmonaire, comme l'autopsie le démontra, me donna l'occasion de vérifier l'exactitude de mon diagnostic, et de constater l'état des lésions granuliques, correspondant aux symptômes offerts par la malade.

L'état de la poitrine attira, tout d'abord, notre attention : la plèvre droite, qui avait été le siége du premier épanchement, ne contenait plus du tout de liquide; l'exsudation fibro-albumineuse, qui s'était produite sur sa surface libre, était convertie déjà, en grande partie, en tissu conjonctif; en effet, des adhérences celluleuses, très-nombreuses, réunissaient entre elles les plèvres pariétale et pulmonaire; la partie inférieure de celle-ci était aussi maintenue en rapport avec la plèvre diaphragmatique, par des fausses membranes très-tenaces, offrant une épaisseur considérable. Les adhérences étaient tellement intimes entre les deux plèvres, à la partie inférieure du poumon, qu'on ne pouvait parvenir à les isoler, sans que la plèvre pulmonaire entraînât avec elle, quelques parties de parenchyme pulmonaire; à mesure qu'on se rapprochait des parties supérieures, les adhérences devenaient moins solides et moins nombreuses.

Toute la surface de la plèvre pulmonaire était recouverte

d'un très-grand nombre de petites granulations demi-transparentes, dont aucune n'était encore tuberculisée; beaucoup occupaient aussi la surface des plèvres interlobaires; au niveau de la base du poumon, là, où les fausses membranes offraient le plus d'épaisseur, les granulations, en moins grand nombre qu'en haut, paraissaient développées à la surface adhérente de la plèvre, en rapport direct avec le poumon; mais, évidemment, cet aspect était dû à l'organisation de l'exsudation inflammatoire de la surface de la plèvre, qui, en se confondant avec elle, lui donnait plus d'épaisseur, et faisait paraître les granulations au-dessous d'elle; mais à mesure qu'on examinait celles-ci dans des portions plus élevées de la plèvre, il devenait plus évident que les produits granuleux étaient bien disposés sur sa surface libre, et non sur sa surface adhérente.

Le poumon, d'ailleurs, n'offrait encore que le premier degré de l'inflammation granulique; il était congestionné, rempli de sérosité spumeuse, et ne présentait encore, en aucun point, de granulation fibro-plastique; on n'y découvrait non plus aucune trace de tubercule.

La plèvre gauche, qui avait présenté, pendant la vie, les signes du second épanchement, offrait des altérations anatomiques, en rapport avec les deux manifestations successives de l'affection granulique.

Dans sa partie antérieure et supérieure, on rencontrait les traces évidentes de la première inflammation granulique; des filaments très-nombreux de tissu conjonctif s'étaient organisés à sa surface libre, et réunissaient entre eux ses deux feuillets, comme du côté opposé; mais dans sa partie postérieure et inférieure, le produit inflammatoire, d'origine plus récente, ne s'était pas encore organisé, et se présentait sous la forme d'une couche mince et molle de fibrine, directement en rapport avec un liquide séro-albumineux, transparent, et sans aucun mélange de pus, qui occupait cette partie de la plèvre, et dont la quantité s'élevait à un litre environ.

De petites granulations fibro-plastiques demi-transparentes non tuberculisées, étaient aussi disséminées en grand nom-

bre à la surface de la plèvre gauche. Le poumon, de ce côté, comprimé dans sa partie inférieure par le liquide épanché, était notablement engoué dans sa partie supérieure ; on y découvrait aussi quelques granulations fibro-plastiques, très-petites, mais sans aucune apparence de tuberculisation.

Les ganglions bronchiques étaient tuméfiés, et leur intérieur était un peu rougeâtre, sans altération de consistance ; aucun d'eux n'offrait de granulations grises, ni de tubercule.

Du côté des méninges, il y avait seulement un peu d'hypérémie de la pie-mère, et un peu d'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous arachnoïdien, au niveau de la base du cerveau. On n'y rencontrait pas de granulations grises ; les ventricules cérébraux contenaient un peu de sérosité limpide ; ils n'étaient pas dilatés ; la substance cérébrale n'était pas ramollie.

Le péritoine présentait par place, des arborisations vasculaires, et un peu de piqueté hypérémique ; sa surface était légèrement visqueuse et gluante ; quelques filaments celluleux, très-ténus, s'étendaient de la surface convexe du foie. au péritoine diaphragmatique ; le foie était notablement augmenté de volume et un peu gras ; la rate était un peu plus grosse que d'ordinaire, et offrait sur sa surface convexe quelques petites granulations fibro-plastiques très-fines et très-dures ; son tissu n'était pas ramolli. et elle ne contenait pas de granulations à l'intérieur (1).

(1) L'observation de la malade dont je viens de parler a été déjà publiée dans la thèse inaugurale de M. le docteur Négrié (février 1864), au point de vue de la mort subite, causée par l'embolie pulmonaire. Voici les détails relatifs à cette partie de l'observation.

Examen du cœur. — Rien de remarquable à gauche.

Oreillette droite. — Deux minces caillots fibrineux ; ils sont plats et n'adhèrent pas aux parois.

Ventricule droit. — Cette cavité est remplie, dans ses deux tiers supérieurs, par un coagulum, d'aspect et de forme insolites. Ce caillot a une épaisseur de trois centimètres sur sept de longueur. Lorsqu'on l'examine plus attentivement, on voit qu'il est formé par un long caillot pelotonné sur lui-même à la manière d'un serpent ; ses différentes circonvolutions sont réunies entre elles par des adhérences celluleuses, peu serrées et

Le fait que je viens de rapporter me paraît assez clair pour qu'il soit inutile de le faire suivre de longs commentaires. S'il s'était offert à mon observation il y a quelques années, avant que je n'eusse appris à reconnaître l'affection granulique sous cette forme insidieuse, je n'y aurais vu qu'une pleurésie simple, et j'aurais rapporté l'état général, tout insolite qu'il eût été, à l'épanchement pleurétique. Mais aujourd'hui que des faits nombreux m'ont prouvé que cette maladie

faciles à détruire. Ce caillot est complétement libre dans la cavité ventriculaire.

La paroi droite du ventricule est tapissée par une mince membrane un peu intriquée dans les cordages musculaires, mais facile à détacher.

Au niveau de la branche gauche de bifurcation de l'artère pulmonaire, on trouve un autre caillot analogue à celui du ventricule. Il offre, comme celui-ci, une disposition enroulée ; sa grosse extrémité, dirigée vers le ventricule, est coupée nettement; elle s'adapte parfaitement à la petite extrémité du caillot cardiaque. L'extrémité la moins volumineuse de ce coagulum pulmonaire, regarde vers l'intérieur du poumon, et est située dans une des divisions secondaires de l'artère pulmonaire. (Ces deux caillots, qui évidemment n'en forment qu'un seul, auront été séparés lorsqu'on a enlevé le cœur de la cavité thoracique, par la pression des doigts appliqués fortement sur les gros vaisseaux.)

DESCRIPTION DES CAILLOTS UNE FOIS DÉROULÉS.

A. *Caillot cardiaque.* La grosse extrémité, qui était dirigée vers la pointe du ventricule, est conique, a une forme analogue à celle de la tête du serpent ; elle est lisse, sans déchirures; sa petite extrémité est coupée nettement, et correspond exactement, comme je viens de le dire, à la grosse extrémité du caillot de l'artère pulmonaire. Quand la concrétion était encore réunie en une seule masse, cette partie regardait du côté de l'artère pulmonaire.

Le caillot est cylindrique, mais diminuant progressivement de la tête à la queue, un peu renflé à la partie moyenne, d'où naît un prolongement à l'angle droit. Sa longueur est de 24 centimètres; son épaisseur, jusqu'à 3 centimètres au-dessous de la partie moyenne, est uniforme (1 centimètre). A partir de ce point, il décroît; et à son extrémité, il a une épaisseur de 3 millimètres et demi.

Le prolongement qui s'en détache à l'angle droit a 4 millimètres de diamètre et 3 centimètres et demi de longueur.

B. *Caillot de l'artère pulmonaire.* Très-irrégulier, complétement déroulé, il offre la forme d'un T majuscule, dont la grosse extrémité du

existait, en dehors de ses formes cérébrale et typhoïde, et qu'ils m'ont appris à quels signes on pouvait la reconnaître, je n'ai point commis cette faute. La justesse de mon diagnostic a été prouvée par cette mort subite, qui, en saisissant la maladie, à une période où elle ne cause pas ordinairement la mort, est venue confirmer la plupart des assertions que j'ai émises sur l'organisation des produits pathologiques, propres à cette affection.

caillot formerait la branche verticale. Cette partie a 3 millimètres et demi de diamètre ; sur son trajet existe une collatérale longue de 1 centimètre. Les deux branches horizontales sont, l'une aussi grosse que la verticale, l'autre plus mince ; il en naît deux petites collatérales fines et très-courtes.

La structure de ces caillots est très-simple ; leur surface est formée par une couche fibrineuse très-mince entourant le centre du coagulum formé par du sang uniformément noir. Il n'existe de traces de régression en aucune partie de la concrétion sanguine, qui semble n'avoir pas plus de deux jours de date.

Artère pulmonaire. Pas de traces d'inflammation; sur sa paroi supérieure, un peu au-dessous de la bifurcation, existe une petite bride fibreuse allant de cette paroi à la paroi interne de la principale branche de bifurcation. Cette bride, longue de 3 centimètres, est très-mince ; au niveau de son point de départ, elle est étalée en membrane et renferme en cet endroit une petite production verruqueuse de la grosseur d'une tête d'épingle.

Veines périphériques; saphène interne droite. Explorée à la jambe, où il n'existe aucune trace d'œdème, on sent un cordon dur dans le sillon qui sépare les jumeaux du soléaire; on ne sent plus cette dureté au genou et à la cuisse. Après l'incision de la veine, on y découvre une concrétion sanguine, longue de 19 centimètres, partant supérieurement de la partie inférieure du genou, et se prolongeant en bas vers le pied. En haut, le caillot est coupé nettement ; en bas, il se termine par une pointe effilée. Sa structure est en tout point identique à celle de ceux qu'on a trouvés dans l'artère pulmonaire et le cœur droit; le calibre de son extrémité supérieure est le même (2 millimètres et demi) que celui de la petite extrémité du caillot migrateur; les deux caillots, placés bout à bout, se continuent parfaitement. Dans la partie supérieure de la veine saphène, il n'y a pas de coagulation ; les parois du vaisseau ne sont point altérées, et il n'existe entre elles et le caillot aucune adhérence.

La veine cave, les iliaques (primitives, externes, internes), la crurale ne renferment qu'un peu de sang noir.

Dans la veine saphène gauche et les vaisseaux veineux du membre abdominal du même côté, il n'y a pas de traces de coagulation.

Si l'on voulait argumenter cette observation dans le but de prouver qu'il ne s'est passé là que ce que l'on a coutume de voir journellement, à savoir, une pleurésie qui serait devenue probablement tuberculeuse, si la malade eût vécu plus longtemps, tout le monde serait d'accord sur ce point; mais si, descendant du fait à son interprétation, on voulait prouver que l'inflammation, dans ce cas particulier, n'est adhésive qu'en raison de la membrane séreuse qui la supporte, et non en raison de la cause spécifique qui la produit; si on voulait isoler cette inflammation de l'acte générateur des granulations fibro-plastiques, disséminées à la surface des plèvres, pour en faire deux actes pathologiques distincts et indépendants l'un de l'autre, je dis que ce serait, d'une part, méconnaître la différence qui éloigne les symptômes observés chez cette malade, de ceux qui appartiennent à l'inflammation franche des membranes pleurétiques; et d'autre part, qu'il faudrait admettre alors que ces granulations, si elles ne sont pas la conséquence de la phlegmasie, se sont développées antérieurement à elle, sans produire de symptômes, et sans troubler la santé, ce qui n'est pas admissible.

L'observation suivante donnera un autre exemple de la forme thoracique de l'affection granulique; mais, dans ce cas, la tuberculisation s'est emparée des produits fibro-plastiques, après une amélioration passagère, et a emporté la malade, en marchant de pair avec des répétitions d'inflammation granulique.

La nommée Mélanie P., âgée de vingt ans, est entrée dans mon service, salle Notre-Dame, n° 42, le 20 juillet 1863.

Réglée à dix-huit ans; elle habite Paris depuis trois ans; elle n'a aucun antécédent de scrofule, ni de rhumatisme; sa mère est morte de maladie inconnue, son père vit encore et se porte bien, ainsi que son frère, qui est âgé de dix-huit ans. Avant de venir à Paris, où elle est domestique, elle travaillait à la terre; elle se portait bien, n'était pas sujette à s'enrhumer, et elle n'a jamais craché le sang.

Il y a trois mois environ, elle a été malade pendant quelques jours, ayant de la fièvre, de la douleur vague dans les

deux côtés de la poitrine, mais ne toussant et ne crachant pas. Au bout de quatre à cinq jours, tout malaise avait disparu, et elle avait repris son service.

La maladie qui l'amène à l'hôpital a commencé, il y a une quinzaine de jours, par du malaise, de la fièvre non précédée de frisson; par de la soif, de l'inappétence, du mal de tête, de l'insomnie, de la faiblesse générale; de la douleur dans les côtés de la poitrine, se manifestant alternativement à droite et à gauche, et lui rendant la respiration pénible. Elle a traîné ainsi une dixaine de jours sans prendre le lit; mais son état s'étant aggravé, elle a été obligée de s'aliter, et enfin de venir à l'hôpital.

Actuellement elle a de la fièvre, la peau est chaude, le pouls donne 110 pulsations par minute. Sa physionomie est altérée, et présente un certain degré de stupeur; elle a du mal de tête, sans troubles des sens; elle ne dort pas la nuit, elle a de la soif; sa langue est humide et recouverte d'un léger enduit blanchâtre. Elle n'a point d'appétit, pas de vomissements; ses garderobes sont naturelles. Elle éprouve de l'oppression et de la douleur dans les deux côtés de la poitrine; mais principalement du côté gauche. La percussion donne de la matité à la base des deux poumons; mais plus à gauche qu'à droite. L'auscultation fait entendre de la respiration tubaire, mélangée de bruits de frottement, plus nombreux à gauche qu'à droite. Dans le sommet des poumons, tant en avant qu'en arrière, la respiration est vésiculaire, sans bruit accidentel. A la base des poumons, là où existent la matité et la respiration tubaire, on entend de l'égophonie bien distincte.

Le diagnostic fut *pleurésie double*, compliquée d'embarras gastrique.

Pour traitement, on fit appliquer des ventouses sèches sur les deux côtés de la poitrine; puis le lendemain on donna la tisane de polygala et la poudre d'ipéca à la dose d'un gramme et demi.

22 juillet. — L'ipéca a déterminé seulement quelques vomissements et des selles fréquentes; la malade se trouve mieux; elle respire plus facilement, son mal de tête a dimi-

nué ; le pouls est tombé à 95 pulsations ; les signes thoraciques sont les mêmes.

Vésicatoire volant sur le côté gauche de la poitrine ; bouillons.

25 juillet. — La respiration s'entend dans le côté droit de la poitrine, sans mélange à peine de bruit de frottement ; du côté gauche, l'état reste stationnaire ; la matité persiste dans les deux tiers inférieurs, ainsi que la respiration tubaire, et des bruits de frottement nombreux très-humides. La malade a encore un peu de mal de tête ; elle dort très-peu et rêve beaucoup ; elle n'a pas d'appétit et conserve de la fièvre ; le pouls donne encore 96 pulsations. Elle tousse un peu, mais elle ne crache pas.

Chiendent miellé nitré, julep gommeux avec feuille de digitale, 15 centigrammes, bouillon et potage.

30 juillet. — L'état général paraît meilleur, mais les signes de la pleurésie restent les mêmes du côté gauche.

Application d'un deuxième vésicatoire ; le reste *ut supra*.

8 août. — La matité occupe encore le tiers inférieur de la poitrine du côté gauche ; la respiration tubaire a disparu ; il ne reste plus que des bruits de frottement très-humides, ressemblant à des râles sous-crépitants, et s'entendant dans les deux temps de la respiration ; le pouls est à 80 pulsations. L'état général est bon, la malade reprend de l'appétit. Elle respire facilement. Elle tousse néanmoins un peu et rend quelques crachats muqueux.

Traitement. — Tannin, 80 centigrammes ; troisième vésicatoire sur le côté gauche : bouillon et potage.

12 août. — Mieux très-notable, bon appétit.

Gomme, une portion.

A partir de ce moment, la malade reprit des forces de jour en jour, et sortit guérie de l'hôpital, le 2 septembre. Elle se porta très-bien jusqu'au 2 octobre ; à cette époque, elle retomba malade et fut reprise de fièvre, d'oppression, de douleur de côté, de perte d'appétit ; elle rentra à l'hôpital de la Pitié, salle Notre-Dame, n° 40.

Elle présentait alors de la matité à la base des deux côtés

de la poitrine ; de la respiration tubaire dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, et dans le tiers inférieur du côté droit. De plus, des bruits de frottement ressemblant à des gargouillements, dans le tiers inférieur du côté gauche ; on trouvait aussi, dans les deux sommets des poumons, quelques petits craquements humides, témoignant de la présence de tubercules en voie déjà de ramollissement. On appliqua de nouveau quelques vésicatoires volants.

La malade fut mise à l'huile de foie de morue, au tannin, à l'iodure de potassium.

Néanmoins, elle s'affaiblit de jour en jour davantage ; elle éprouva des sueurs nocturnes, et tous les symptômes de la consomption tuberculeuse.

De ce moment, la maladie prit les allures d'une phthisie chronique, et rien ne se présenta de particulier, jusqu'au mois de janvier 1864.

Dans les premiers jours de janvier, la malade fut reprise de frisson continu, de mal de tête, de bruits d'oreilles, d'insomnie, d'une soif vive, d'un profond dégoût pour toute espèce d'aliments ; elle éprouva de la diarrhée pour la première fois, et une hypéresthésie générale très-intense ; on ne pouvait pas lui tracer des lignes avec le dos de l'ongle sur la peau du ventre, ou sur celle des cuisses, sans lui causer une vive douleur, qu'elle témoignait en criant et en faisant cette abominable grimace, que présentent, si souvent, ceux qui sont atteints d'inflammation granulique des méninges et de l'encéphale. La tache cérébrale hypérémique apparaissait lentement, n'atteignait son maximum qu'au bout d'une demi-minute, se dessinait alors très-nettement, pendant deux minutes et demie à trois minutes, puis finissait par disparaître lentement.

Le ventre était devenu extrêmement sensible et déprimé ; les parois en étaient rétractées et amincies.

Lorsqu'on venait à presser entre les mains les cuisses au-dessus des genoux, on déterminait une très-violente douleur.

Ce nouvel état aigü, enté sur la tuberculisation chronique, mena rapidement la malade vers une fin funeste.

Le 20 janvier, son haleine et son expectoration prirent une forte odeur ammoniacale et gangréneuse, qui nous fit admettre une gangrène pulmonaire. Le lendemain, à quatre heures du soir, elle rendit le dernier soupir.

Autopsie. — Maigreur extrême et quelques taches pétéchiales sur les cuisses et sur le tronc.

Tête. — Une assez grande quantité de sérosité sanguinolente s'écoule des veines de la dure-mère; cette membrane ne présente d'ailleurs rien de particulier; à sa surface libre, l'arachnoïde ne paraît pas altérée sur les circonvolutions cérébrales; elle n'est ni rugueuse, ni sèche, ni poisseuse; mais à la base du cerveau, et au niveau de sa réflexion sur le cervelet, elle est épaissie, laiteuse, et présente plusieurs petites granulations demi-transparentes. La pie-mère est extrêmement congestionnée sur les circonvolutions, et surtout au niveau des anfractuosités; on rencontre une multitude d'arborisations vasculaires distendues par du sang rouge; la substance corticale des circonvolutions est aussi très-congestionnée.

On rencontre sous l'arachnoïde, le long des vaisseaux de la pie-mère, et particulièrement au niveau des scissures de Sylvius, quelques petites granulations, les unes dures et transparentes, les autres molles et opaques; la substance cérébrale n'est pas ramollie. Il n'y a pas injection de la substance blanche; la congestion siége exclusivement à la périphérie de l'organe.

Les parties centrales, voûte à trois piliers, septum médian, parois ventriculaires ne sont pas altérées. La toile choroïdienne et les plexus choroïdes n'offrent rien de particulier. Il y a à peine deux cuillerées de sérosité limpide dans les ventricules.

Thorax. — Les deux poumons adhèrent aux plèvres pariétales par des adhérences cellulo-membraneuses très-nombreuses; elles sont assez molles à droite, pour permettre d'enlever complétement le poumon de ce côté; mais elles sont trop résistantes à gauche pour être rompues, ce qui empêche d'extraire le poumon de ce côté, sans en déchirer une partie.

Indépendamment des adhérences, les poumons présentent sur la plèvre qui les tapisse, de très-nombreuses granulations; elles se rencontrent surtout dans les scissures interlobaires; le poumon droit lui-même en contient un très-grand nombre, qui sont à différents états.

A la base du poumon droit, les granulations sont très-petites et encore demi-transparentes, sans aucune trace de tuberculisation; mais au sommet, et dans la partie moyenne, elles sont plus grosses, plus nombreuses, et un bon nombre d'entre elles sont tout à fait opaques et dures, déjà tuberculisées.

Dans le sommet du poumon de ce côté, existent plusieurs cavernes anfractueuses, dont quelques-unes sont gangrénées et exhalent une odeur ammoniacale infecte.

Du côté gauche, le poumon est littéralement farci de tubercules ramollis, et criblé d'ulcérations tuberculeuses; dans les parties du poumon qui ne sont pas détruites, il existe une quantité innombrable de granulations miliaires tuberculisées. Les adhérences avec la plèvre pariétale sont tellement intimes de ce côté qu'il est impossible de les rompre. Il est donc difficile de juger si les gargouillements qu'on entendait de ce côté, à la base de la poitrine, se passaient dans les petites cavernes pulmonaires, ou bien s'ils étaient produits par les adhérences cellulo-membraneuses, développées à la suite de l'inflammation. Les ganglions bronchiques sont gros, quelques-uns rougeâtres, d'autres très-tuberculeux. Le péricarde contient un peu de sérosité transparente; sa surface séreuse n'offre rien de particulier du côté de l'enveloppe fibreuse; mais du côté du cœur, elle présente de nombreuses taches laiteuses. Le cœur offre son volume normal, les valvules sygmoïdes de l'aorte présentent une ligne de petites végétations granuleuses, un peu au-dessous de leur bord libre. Ces petites végétations sont très-adhérentes à la séreuse, et paraissent formées par de la fibrine en voie d'organisation.

Abdomen. — Le péritoine ne contient pas de liquide; mais il présente une péritonite adhésive très-remarquable sur le foie, et sur la rate. Sur ces organes se trouve une lymphe transparente, extrêmement plastique, qui forme déjà des adhé-

rences celluleuses molles très-nombreuses. Il n'y a pas, du reste, de rougeur du péritoine, ni sur le tube digestif, ni sur les parois du ventre. L'inflammation du péritoine se révèle particulièrement par le produit plastique dont il vient d'être parlé. La rate présente à sa surface un bon nombre de granulations aplaties, de coloration laiteuse. Elle n'en offre pas à son intérieur. Le foie est gros et un peu gras. Les reins n'offrent rien de notable. Les ovaires sont très-petits, et n'ont ni tubercules, ni granulations.

Les ganglions mésentériques ne sont pas tuméfiés, et aucun d'eux n'est tuberculeux.

Il y a donc une péritonite adhésive, sans lésion primitive, qui puisse en être regardée comme le point de départ. Les séreuses articulaires, soigneusement examinées, n'ont présenté aucune altération.

Il me paraît évident, en récapitulant l'histoire de cette malade, et en considérant l'ensemble des symptômes de sa maladie, qu'elle a été atteinte primitivement, au mois de juillet 1863, d'une affection granulique à forme thoracique; que cette première maladie a guéri, en tant que maladie aiguë, en l'espace de deux mois, laissant seulement dans le poumon et à la surface des plèvres, des produits fibro-plastiques en voie de se transformer en adhérences celluleuses; et puis, qu'après un mois de bonne santé, il y a eu, chez cette femme, récidive de l'affection granulique, en même temps que la diathèse tuberculeuse, dont l'héritage lui venait probablement de sa mère, s'emparait des produits fibro-plastiques de nouvelle formation, et les tuberculisait rapidement.

Nous vîmes alors, après quelques semaines de durée de l'état général, propre à l'affection granuleuse, la maladie se réduire à une simple phthisie pulmonaire chronique; et celle-ci, pendant les mois de novembre et de décembre, mena lentement la malade à la consomption, sans présenter d'acuité dans sa forme, ni de symptômes insolites. Mais au mois de janvier, la fièvre s'alluma de nouveau; la céphalalgie, l'insomnie, l'hypéresthésie cutanée et musculaire apparurent en même temps: le ventre devint sensible, la tache cérébrale

hypérhémique se dessina vivement sur la peau. La malade fut prise de dégoût pour toute nourriture; et en définitive, l'ensemble des symptômes qui appartiennent à l'affection granulique, en dehors de tous ceux de la tuberculisation, se manifesta de nouveau; et il est infiniment probable, d'après l'examen des méninges, que si la malade eût vécu quelques jours de plus, l'inflammation granuleuse des membranes du cerveau se serait étendue à la substance cérébrale, y aurait déterminé l'hydropisie ventriculaire et le ramollissement des parties centrales, et que tous les signes de la fièvre cérébrale seraient venus s'ajouter à ceux de la phthisie pulmonaire.

En considérant les lésions du péritoine, et en les rapprochant des symptômes, observés pendant la vie, n'est-on pas frappé de la différence qui, sous ce double rapport, éloigne la péritonite qui est apparue dans cette circonstance, de la péritonite tuberculeuse, proprement dite; évidemment ce n'est pas même chose.

Il n'y avait d'une part chez cette malade aucun tubercule dans les viscères abdominaux, dont la présence puisse être invoquée, comme étant le point de départ de la péritonite; et d'autre part, les lésions n'étaient pas celles qui caractérisaient la péritonite tuberculeuse; car il n'y avait nulle part d'épanchement dans la cavité abdominale, et l'on rencontrait seulement des produits fibro-plastiques, en voie d'organisation et de transformation en tissu cellulaire.

La forme *catarrhale* de phthisie galopante, décrite par les auteurs, et particulièrement par M. Trousseau, dans ses leçons de clinique médicale, n'appartient pas exclusivement à l'affection granuleuse; cette forme thoracique et catarrhale de la maladie, résulte de l'association de l'affection granulique et de la tuberculisation aiguë. J'en réserve donc la description pour le chapitre où il sera traité des affections granuliques, compliquées de tuberculisation plus ou moins rapide.

Je tenais seulement ici, à montrer la maladie sous sa forme thoracique, alors qu'elle est encore à l'état de simplicité, et sans aucune complication; chez la première de ces deux ma-

lades, une embolie pulmonaire, en causant subitement la mort, nous a montré le rapport des lésions avec les symptômes; et chez la deuxième malade, la tuberculisation, en s'emparant des produits granuleux, et en déterminant une phthisie pulmonaire, nous a permis de constater les différences anatomiques des deux affections.

CHAPITRE VIII

AFFECTION GRANULIQUE A FORME ABDOMINALE.

Moins commune et beaucoup moins connue que les formes précédentes; confondue, presque toujours au début, avec les fièvres typhoïdes. — Souvent prise pour une péritonite, consécutive à cette maladie; confondue souvent aussi avec la péritonite tuberculeuse, dont elle diffère par les symptômes généraux et par les lésions anatomiques. — L'état général de la maladie est nécessairement le même que celui dont il a été déjà parlé, à propos des autres formes de la maladie. — Les symptômes abdominaux, relatifs à la péritonite, doivent particulièrement nous occuper ici : sensibilité du ventre, sa double raison, antagonisme de l'influence de la méningite et de la péritonite sur le ballonnement du ventre et sur la diarrhée; météorisme. — État du ventre au début et à la fin de la maladie. — Épanchement, sa nature, quelquefois purulente; conditions de la purulence. — Faits cliniques à l'appui des assertions précédentes. — Le vomissement s'observe aussi dans cette forme de la maladie; il a sa raison dans la péritonite.

De toutes les formes de l'affection granulique, la forme abdominale est certainement celle qui est la moins connue, et qui passe le plus souvent à la clinique sous un masque étranger. Lorsqu'elle éclate soudainement sur un individu jeune, qui se portait bien jusqu'alors, elle ressemble beaucoup, par l'ensemble de ses symptômes, à la première période de la fièvre typhoïde ; mais à mesure que la maladie poursuit son cours et qu'elle dure depuis plus longtemps, les symptômes abdominaux acquièrent des caractères plus particuliers, qui dévoilent l'existence d'une péritonite. Le problème clinique consiste alors à déterminer la nature de cette péritonite : s'agit-il d'une péritonite consécutive à une dothiénentérie? C'est l'hypothèse à laquelle le médecin s'arrête le plus volontiers, si le malade guérit ; mais si la tuberculisation vient compliquer l'affection granulique, comme il advient souvent.

et si elle s'empare d'un certain nombre des produits granuleux, pour les transformer en tubercules, l'opinion du médecin se modifie ; il abandonne sa première hypothèse, et il reste convaincu qu'il a eu affaire, dès le début, à une péritonite tuberculeuse insidieuse ; dans les deux cas, son jugement est erroné ; car au moment où le malade se confiait à ses soins, pour la première fois, il n'avait ni fièvre typhoïde, ni tubercules, il était atteint de la forme abdominale de l'affection granulique qu'il convient d'étudier.

Le début de la maladie diffère souvent très-peu de celui d'une pyrexie ; le malade éprouve de la fièvre, du malaise, du mal de tête, quelques bourdonnements d'oreille, parfois une ou deux épistaxis ; il perd le sommeil, il perd l'appétit, et il se plaint du ventre. A ce moment, les selles sont encore régulières, ou bien il y a un peu de constipation, plus rarement de la diarrhée. Cependant le ventre se ballonne ; il est partout un peu sensible à la palpation ; on n'y découvre aucune tumeur ; la rate ne paraît pas gonflée ; le malade ne tousse pas, et il n'éprouve aucun symptôme du côté de la poitrine. Cet état dure déjà depuis cinq ou six jours ; on ne trouve aucun symptôme qui puisse faire admettre une fièvre éruptive ; les troubles du système nerveux ne sont pas en rapport avec un simple embarras gastrique ; d'ailleurs la langue n'est pas chargée ; les garderobes sont régulières, et l'embarras gastrique n'expliquerait pas le ballonnement du ventre, ni sa sensibilité à la palpation ; le malade est jeune, il habite Paris, peut-être depuis peu de temps ; il n'a jamais eu la fièvre typhoïde ; tous les symptômes que cette maladie éveille du côté de l'innervation, persistent chez le malade, et deviennent plus intenses ; il a continuellement de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles ; s'il s'endort un instant, il éprouve des rêvasseries incessantes ; sa fièvre, quoique modérée, est continue ; le médecin croit son malade atteint d'une dothiénentérie ; cependant l'absence de diarrhée, l'absence de tache lenticulaire, au moment où la maladie a déjà franchi le premier septenaire ; la sensibilité générale du ventre ; tous ces symptômes gênent bien un peu

le diagnostic ; mais se rattachant aux troubles nerveux, et à la persistance du mouvement fébrile qu'aucune phlegmasie ne lui paraît encore légitimer, il maintient son diagnostic.

Il s'est passé deux semaines, il s'est passé trois semaines sans changement notable ; peut-être est-il survenu un peu de diarrhée passagère, qui a donné momentanément plus de poids au diagnostic. Enfin les troubles céphaliques disparaissent ; il n'y a plus ni mal de tête, ni vertiges, ni troubles des sens ; la fièvre a très-notablement diminué, ou bien même, elle a complétement cessé ; le malade devrait entrer franchement en convalescence, et cependant, il conserve quelques troubles abdominaux ; le ventre reste très-ballonné ; il conserve partout une sensibilité inexplicable ; le malade éprouve quelques nausées ; il est pris de vomissements ; la fièvre se rallume ; la physionomie du malade s'altère ; il maigrit beaucoup ; il est pris de diarrhée ; puis, à mesure que le météorisme abdominal diminue, un certain empâtement lui succède ; il semble que les intestins glissent moins bien les uns contre les autres ; on ajoute alors au diagnostic qui avait été primitivement porté, celui d'une péritonite consécutive à la dothiénentérie.

Il peut enfin se faire que le malade qui porte une telle péritonite, ait acquis ou reçu de ses parents, une prédisposition strumeuse, et qu'au bout d'un certain temps, la tuberculisation vienne aussi jouer son rôle dans l'état pathologique ; dans ce cas, le diagnostic est modifié une troisième fois, et le malade est réputé atteint d'une péritonite tuberculeuse.

Telle est la série d'erreurs par laquelle ont passé presque tous ceux qui ont observé la forme abdominale de la granulie. Voyons donc par quels symptômes la maladie se caractérise, afin de ne pas la confondre avec celles qui la simulent.

Oui, sans doute, au début de la maladie, et lorsque l'inflammation granulique, en passant sur les méninges, donne lieu à tous les troubles de l'innervation, sur lesquels j'ai déjà longuement insisté, et qui ont tant d'analogie avec ceux qui signalent le début des pyrexies, on peut croire à une fièvre

typhoïde, mais par l'exploration attentive des symptômes abdominaux, on évitera, le plus souvent l'erreur.

Un des premiers symptômes que provoque l'inflammation granulique du péritoine, c'est l'exagération de la *sensibilité.*

Le ventre est sensible; il est sensible superficiellement; il l'est aussi profondément; la palpation est douloureuse; voilà des symptômes d'une grande valeur, car ils n'appartiennent pas à la dothiénentérie. Il peut bien arriver, dans cette dernière maladie, que le ventre soit un peu douloureux dans la région iliaque du côté droit, au voisinage du cœcum; mais la douleur n'est pas généralisée; elle n'existe pas au creux de l'épigastre, à la région splénique, dans les hypochondres, ainsi que cela s'observe dans la forme abdominale de la granulie.

La douleur de ventre a d'ailleurs, dans cette maladie, une double raison qu'il faut discerner; il peut se faire que, sous l'influence de l'état de l'encéphale, il se développe une hypéresthésie générale, à laquelle participent les parois de l'abdomen, ainsi que j'ai déjà eu occasion de l'observer; dans ce cas, l'exagération de la sensibilité est très-superficielle; elle a son maximum à la peau; et l'on ne peut la saisir entre deux doigts, sans causer une vive douleur.

Dans la péritonite granulique, l'exagération de la sensibilité du ventre s'observe toujours à un certain degré, et dépend directement de l'état pathologique de la séreuse abdominale; cette sensibilité anormale est profonde, et n'est pas éveillée, si on ne touche la peau que superficiellement; il faut déprimer tant soit peu les parois du ventre, pour la développer.

A la sensibilité exagérée du ventre, se joint un second symptôme, qui en augmente encore la valeur; je veux parler du ballonnement. Ce symptôme est souvent très-insidieux, car quand il se présente au milieu des troubles de l'innervation qui sont communs à la maladie granulique et à la dothiénentérie, il augmente les probabilités en faveur de cette dernière maladie.

Cependant, voici à quels caractères on pourra reconnaître sa nature : Dans la fièvre typhoïde, il y a ordinairement un certain rapport entre l'intensité de la stupeur, entre la pros-

tration des forces, la gravité apparente de la maladie et le ballonnement du ventre ; et tandis que dans cette maladie, ces symptômes sont à leur maximum, la sensibilité générale devient plus obtuse, et le ventre est parfaitement indolent; par contre, dans le cas où le ballonnement du ventre survient dans l'affection granulique, c'est ordinairement lorsque les symptômes d'innervation sont peu prononcés.

En effet, nous avons vu dans la forme cérébrale, que le ventre en devenant sensible à la pression par suite de l'hypéresthésie générale, perdait en même temps de son volume, que ses parois se contractaient, et qu'il devenait aplati ou légèrement incurvé en sens opposé à celui du ballonnement; c'est-à-dire, concave, d'une crète iliaque à l'autre et de l'appendice xiphoïde au pubis. Il y a une sorte d'antagonisme entre la fièvre typhoïde et la méningite, au point de vue de l'effet que chacune d'elles exerce sur le ballonnement du ventre, et sur sa conformation. Dans la périonite granulique, il y a ballonnement du ventre, en même temps que la sensibilité est exagérée à la pression, et surtout à la pression profonde; et si cette exagération de la sensibilité, accompagnée de ballonnement, ne coïncide pas avec une hypéresthésie générale, il est à peu près certain que ces symptômes sont dus à l'inflammation du péritoine.

Dans la première période de l'inflammation granulique du péritoine, et à mesure que la sensibilité y devient exagérée, des gaz se dégagent et s'accumulent dans les intestins, et donnent lieu à du météorisme. La percussion y dénote alors un son creux, plus ou moins tympanique, en rappport avec la quantité des gaz renfermés dans l'intestin et le degré de tension de ses parois; à ce moment, il n'y a pas encore de liquide épanché dans la cavité du péritoine. Mais bientôt l'inflammation granulique donne lieu sur sa surface libre, à la production de lymphe fibro-plastique, au milieu de laquelle ne tardent pas à se développer les éléments du tissu conjonctif; et bientôt apparaissent des adhérences cellulaires très-nombreuses, entre les diverses parties du péritoine, qui sont en contact.

A mesure que s'accomplit ce travail d'organisation pathologique, qui a pour effet de souder entre eux les intestins, par leur surface externe, l'inflammation perd de sa vivacité, et les gaz deviennent ordinairement moins abondants. Le ventre diminue de volume, ses parois se relâchent, et de l'agglomération des intestins entre eux et avec le péritoine pariétal, il résulte un empâtement général, que la palpation de l'abdomen permet, en général, d'apprécier assez bien. — On découvre quelquefois aussi, au milieu des viscères, quelques anses intestinales dilatées, et partiellement comprimées par des brides celluleuses de nouvelle formation.

Au moment où l'exsudation fibro-plastique s'accomplit à la surface du péritoine, il peut se faire qu'au lieu de donner naissance à des adhérences entre les surfaces contiguës, cette lymphe se rassemble en petites masses granuleuses, et forme sur la séreuse les granulations fibro-plastiques demi-transparentes ; il peut se faire aussi qu'il se produise en même temps que les granulations, une certaine quantité de liquide séro-albumineux dans la cavité péritonéale ; dans cette circonstance, le ventre ne perd pas de son volume comme lorsque des adhérences se développent entre les viscères ; il reste ballonné et tendu ; seulement de nouveaux signes viennent attester la production du liquide ; c'est de la matité aux parties déclives et une fluctuation plus ou moins évidente.

Chez les individus qui sont en puissance de tuberculisation, il arrive souvent que l'épanchement prend des proportions considérables, en même temps que les productions granuleuses se convertissent en tubercules ; si bien qu'au bout d'un certain temps, tous les symptômes de la maladie aiguë ont disparu, et le médecin se trouve en présence de la péritonite tuberculeuse vulgaire, telle que nous l'observons si souvent chez les tuberculeux qui viennent achever leur triste existence à l'hôpital.

Il peut encore arriver, dans la forme abdominale de l'affection granulique, que l'inflammation éteinte sur le péritoine y laisse néanmoins ses produits ; que ce tissu conjonctif de nouvelle formation continue à se former en certaine quantité,

et qu'en modifiant totalement les conditions physiologiques et pathologiques de la séreuse abdominale, il devienne un peu plus tard, le siége d'une nouvelle inflammation spontanée, mais qui sera cette fois toute différente, dans ses effets, de l'inflammation granulique primitive ; au lieu d'engendrer de nouvelles granulations de tissu fibro-plastique, elle pro duira du pus ; dans cette circonstance, il se développe de petits foyers séro-purulents dans le tissu conjonctif de nouvelle formation, qui réunit entre eux les organes abdominaux. La formation de ces abcès s'accompagne de fièvre, de douleur, en un mot de tous les phénomènes caractéristiques de l'inflammation aiguë.

Voici une observation qui, bien qu'elle ait été recueillie un peut trop succinctement, n'en offre pas moins un grand intérêt; car, en premier lieu, elle fournit un exemple remarquable de granulie générale, ayant occasionné une erreur de diagnostic, la maladie ayant été prise pour une fièvre typhoïde à forme abdominale ; en second lieu, elle prouve que l'inflammation spécifique peut se développer primitivement sur les membranes séreuses, en l'absence de toute production granuleuse ou tuberculeuse ; en troisième lieu enfin, elle montre qu'au milieu des adhérences contractées entre différentes parties du péritoine, il peut se développer des foyers purulents plus ou moins étendus.

Le nommé Jean-Baptiste Hoffeman, âgé de vingt-cinq ans, journalier, entra à la Pitié, salle Saint-Benjamin, lit n° 4, le 1er février 1864.

La mère de cet homme est morte à trente-huit ans, elle toussait beaucoup ; son père est encore bien portant. Il a un frère qui est aussi en bonne santé ; mais il est d'une autre mère.

Au moment de son entrée, ce garçon était malade depuis onze jours ; avec de la fièvre, du malaise, du mal de tête, de l'anorexie, des douleurs dans le ventre, presque continuelles, et qui étaient exagérées par la pression.

Depuis le début de sa maladie, il a eu de la diarrhée ; il a eu aussi une épistaxis et un peu de toux.

Lors de son entrée, il avait de la stupeur ; il éprouvait quelques bruits d'oreilles, de l'insomnie, de la céphalalgie ; la langue était un peu collante ; il n'avait pas de taches lenticulaires ; il était somnolent, se plaignant toujours beaucoup de son ventre, qui était un peu ballonné ; la diarrhée persistait, et la tache cérébrale hypérémique apparaissait assez vive, au bout de trois quarts de minute, pour ne disparaître environ que trois minutes après.

Il y avait du gargouillement dans la fosse iliaque droite, encore un peu de toux, sans expectoration ; pas de râles sibilants dans la poitrine ; le malade n'urinait que par regorgement ; il fallait le sonder pour évacuer la vessie.

Tout en faisant remarquer chez cet homme, l'absence de taches rosées lenticulaires, au onzième jour de la maladie, et ce que la sensibilité du ventre avait d'insolite pour une fièvre typhoïde, nous posâmes néanmoins le diagnostic de cette affection, en prenant en considération les onze jours de maladie fébrile, la céphalalgie, l'insomnie, l'épistaxis, la stupeur, la diarrhée, le ballonnement du ventre ; et nous traitâmes la maladie comme telle, par l'eau vineuse, les fomentations émollientes sur le ventre, quelques purgatifs salins, les bouillons et les potages.

Les jours suivants, il eut de nouveau une petite épistaxis ; le pouls, à 76 au début, s'accéléra et varia de 80 à 96 pulsations par minute.

Purgatifs salins ; fomentations sur le ventre ; vin, bouillons, potages.

Le 12 février, parvenu au vingt-troisième jour de la maladie, il parut entrer en convalescence ; il n'avait plus de mal de tête, il dormait un peu ; il avait moins de stupeur ; il urinait seul et vidait bien complétement sa vessie. On apercevait au siége, quelques pustules d'ecthyma et une petite escharre au sacrum ; il n'y avait toujours eu aucune tache lenticulaire ; et la raie cérébrale s'était toujours bien caractérisée.

Le malade disait avoir très-faim ; on lui permettait un peu de poulet, et un peu de vin de Bordeaux.

Les jours suivants, le mieux ne se continua pas ; la douleur

abdominale augmenta ; il survint de l'empâtement dans la région hypogastrique. Cependant le malade mangeait un peu et demandait à se lever quelques instants dans la journée.

Le 18, la matité était assez étendue dans le ventre, à gauche et au devant de la vessie ; cette dernière était tout à fait vide, comme le prouvait le catéthérisme ; le pouls donnait 96 pulsations ; la diarrhée continuait ; le malade maigrissait beaucoup ; il avait un peu d'œdème aux jambes, ainsi qu'aux parois abdominales. On obtenait la sensation de flot, par la percussion du ventre ; mais la matité ne se déplaçait pas.

Le 19 février, on ne pouvait conserver de doute sur l'existence d'une péritonite enkystée, et il était fort à craindre qu'elle ne fût de nature tuberculeuse. Cependant, dans l'hypothèse d'une péritonite consécutive à une fièvre typhoïde, et ne voulant rien négliger pour obtenir la guérison, je pratiquai, au moyen d'un trois-quarts, une ouverture à la paroi abdominale, et je retirai de la cavité péritonéale deux litres et demi d'un pus jaunâtre et séreux ; le malade se trouva soulagé, et le son reparut dans la plus grande partie de l'abdomen.

Le 20 février, l'état général n'était pas mauvais ; le malade mangeait un peu, et désirait se lever ; il y avait du son dans le ventre, qui était même légèrement tympanique, excepté en bas et à gauche, où il existait encore de la matité et de la fluctuation.

Le 21 février, le liquide semblait se reproduire un peu ; il y avait du ballonnement du ventre.

Le 22, la matité du ventre était plus étendue, surtout dans la partie gauche. Le malade se plaignait de quelques douleurs abdominales vives ; il avait beaucoup d'amaigrissement.

Le 23, je fis une nouvelle ponction abdominale, qui permit de retirer encore deux litres de liquide analogue au précédent, mais un peu plus épais. Un tube à drainage en caoutchouc, fut introduit par la canule du trois-quarts, et il fut fixé à demeure. Une injection de 250 grammes d'eau alcoolisée au cinquième, fut faite dans la poche purulente ; elle provoqua une légère douleur, que le malade supporta facilement.

Le liquide s'écoula très-bien par le tube à drainage, le ventre redevint sonore partout ; le malade se trouva très-soulagé, et il mangea un peu avec appétit.

Le 24 février, on pratiqua dans la poche péritonéale une nouvelle injection d'eau alcoolisée, un peu plus forte que celle de la veille, et qui ne causa, cette fois, aucune douleur au malade. Le soir, il éprouva beaucoup d'oppression ; le pouls remonta à 116 pulsations.

Le 25, l'oppression fut plus grande encore. La chaleur de la peau devint plus vive ; le pouls était à 128 pulsations ; le malade éprouvait du malaise général. On constatait une matité dans le côté gauche de la poitrine, étendue depuis la base jusqu'à la région sous-épineuse ; il y avait absence de vibrations thoraciques, un peu de voussure, de l'égophonie et du souffle tubaire, qui s'affaiblissait de haut en bas. En avant, la matité remontait jusqu'à la quatrième côte ; on n'entendait aucun râle dans les sommets de la poitrine ; l'état du ventre était cependant satisfaisant ; l'écoulement du pus se faisait convenablement ; les douleurs étaient très-peu vives.

On appliqua un large vésicatoire volant sur le côté gauche du thorax, on continua l'eau gommée, les bouillons et les potages.

Le 26 février, il y avait beaucoup de chaleur à la peau. Le pouls était à 104 pulsations ; l'épanchement pleurétique avait diminué ; la respiration était moins accélérée.

Le 27, le mieux se continuait.

Le 28, la respiration était redevenue anxieuse ; le pouls était à 100 pulsations ; l'amaigrissement était de plus en plus considérable ; la physionomie était très-altérée ; l'épanchement restait stationnaire ; le sommet des poumons ne présentait toujours aucun râle, ni aucun signe de tuberculisation ; la tache hypérémique apparaissait toujours.

Le 29, le malade était agonisant ; il succomba le soir à 11 heures.

L'autopsie fut faite le 2 mars, 32 heures après la mort.

La paroi abdominale fut enlevée avec peine ; les adhérences nombreuses, développées entre les intestins, empêchaient de

la détacher facilement. Dans la paroi même du ventre, autour du tube à drainage, il se trouvait un petit foyer purulent; mais la cavité du péritoine était pour ainsi dire à sec. Il y avait une teinte noirâtre générale et des fausses membranes épaisses, qui réunissaient en un seul paquet, tous les intestins; si l'on parvenait, par de fortes tractions, à séparer quelques anses intestinales, on trouvait entre elles de petits foyers purulents.

Dans toutes ces parties, l'on ne découvrait aucune granulation, ni aucun tubercule. Les ganglions mésentériques étaient congestionnés, un peu durs et assez petits; ils n'étaient nullement tuberculeux.

L'intestin grêle et le gros intestin ne présentaient, ni l'un ni l'autre, trace d'ulcérations d'aucune nature; il y avait seulement un peu de congestion à certains endroits; les plaques de Peyer étaient saines; la rate était couverte de fausses membranes très-denses et celluleuses; on y voyait deux ou trois petites granulations, assez distinctes, et saillantes sous le doigt; à l'intérieur, son tissu était rougeâtre, mollasse et sans granulations. Le foie présentait, à sa surface, de nombreuses adhérences; mais il n'y avait pas de granulation. On trouvait au-dessous de la capsule de Glisson, une petite masse crétacée, de la grosseur d'un pois. Les poumons ne présentaient en aucun point, de tubercules ni de granulations. Le côté droit était tout à fait sain, à l'exception de quelques adhérences pleurales; le côté gauche contenait un épanchement assez abondant, de liquide jaunâtre, un peu purulent. Le poumon était très-comprimé, et revêtu de fausses membranes épaisses et molles. Le péricarde contenait à peu près un verre de sérosité. Le cœur était contracté; il ne contenait pas de caillots.

Enfin, du côté de l'encéphale, on constatait que les méninges étaient épaissies; qu'elles présentaient çà et là, quelques taches laiteuses, et que le tissu cellulaire sous arachnoïdien était légèrement infiltré d'un peu de sérosité opaline; on trouvait, en outre, sept ou huit granulations bien distinctes, à la surface des anfractuosités, dans le tissu sous arachnoïdien. On en trouvait aussi quelques autres dans les scissures de

Sylvius, et à la base du cerveau ; en tout, une douzaine environ, de très-bien caractérisées. La voûte à trois piliers était légèrement ramollie; les ventricules peu dilatés contenaient à peine de sérosité.

Cette autopsie prouve bien qu'il n'y a pas eu de fièvre typhoïde; et que l'état général, dans lequel nous avons observé le malade, lors de son entrée dans mon service, était d'une tout autre nature. Elle prouve aussi que la péritonite et la pleurésie, dont il a été atteint, se sont développées spontanément, en l'absence de toute lésion tuberculeuse, ou granuleuse du péritoine; et par conséquent, par le seul fait de la cause morbifique générale ; à moins qu'on ne veuille attribuer l'inflammation granulique du péritoine, aux quatre ou cinq granulations demi-transparentes, qui siégeaient sur la face externe de la rate, ce qui ne me paraît pas admissible ; et ce qui ne pourrait servir, en tout cas, à expliquer les adhérences pleurales, à droite ; et la pleurésie avec épanchement à gauche. Enfin, si l'on veut bien se rappeler d'une part, les symptômes qui ont existé du côté du système nerveux, tels que la céphalalgie, les bruits d'oreilles, l'insomnie, la stupeur, la somnolence, qui, lors de l'entrée du malade dans nos salles, nous avaient porté à admettre une fièvre typhoïde; et d'autre part, la disparition de ces symptômes, vers le vingt-troisième jour de la maladie ; ce qui nous avait fait croire à une véritable convalescence ; et si l'on veut bien aussi rapprocher tout ce qui s'est passé chez le malade, pendant sa vie, des lésions anatomiques offertes par l'encéphale ; ne conviendra-t-on pas qu'il est infiniment probable qu'il a existé au début de la maladie, du côté des méninges, une inflammation de même nature que celle qui a occupé le péritoine et les plèvres? et pourra-t-on nier que cette inflammation ait laissé, comme traces de son passage sur l'encéphale, de l'épaississement des membranes, un peu d'épanchement opalin dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien ; enfin le cachet anatomique spécifique de la maladie, c'est-à-dire, les granulations sous arachnoïdiennes bien caractérisées?

Voici un second exemple d'affection granulique, survenant

chez une femme, en puissance de tuberculisation. Les premières manifestations de la maladie furent principalement thoraciques; mais plus tard, et pendant tout le temps qu'elle fut soumise à notre observation, les symptômes abdominaux furent très-prononcés et dominèrent tous les autres. Lorsque la malade mourut, un bon nombre de produits granuleux étaient déjà convertis en tubercules, de sorte qu'à l'autopsie, on rencontra, à la fois, les altérations propres à l'affection granulique et celles de la tuberculisation proprement dite.

La nommée Marie Favier, agée de trente-neuf ans, passementière, entra à la Pitié le 9 février 1864, salle Notre-Dame, n° 48, son père et sa mère vivaient encore, et jouissaient d'une bonne santé. Son père, cependant, toussait habituellement, nous disait-elle. Elle n'a jamais eu ni frère, ni sœur. Elle-même a une constitution faible; ses ongles ont la conformation hippocratique. Elle a eu, il y a quatre ans, une longue maladie aiguë, qu'elle croit avoir été une fièvre typhoïde, et dont elle s'était bien guérie.

Sa santé s'était altérée depuis un an environ ; de temps à autre, elle toussait et avait souvent de la diarrhée ; peu à peu elle avait perdu de ses forces et de son embonpoint, et, vers le mois d'avril 1863, elle avait éprouvé des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, qui, depuis cette époque, ne l'ont jamais complétement quittée.

Au mois de décembre dernier, elle est devenue tout à fait malade; elle fut prise de fièvre et de douleurs vives dans le côté gauche de la poitrine ; elle fut obligée d'entrer à l'hôpital Necker, où elle resta du 10 au 23 décembre 1863. Elle passa ensuite quelques jours au Vésinet, pendant lesquels elle continua à souffrir des côtés de la poitrine ; elle y fut prise d'une diarrhée intense et de douleurs de ventre très-vives, pour lesquelles elle entrait de nouveau à l'hôpital.

Lors de son entrée, elle paraissait très-malade ; elle était fortement amaigrie, et l'altération de sa physionomie trahissait de profondes souffrances; elle avait la peau chaude, le pouls donnait 108 pulsations par minute ; elle avait une soif vive ; la langue était collante; elle avait continuellement des

nausées, et venait de vomir des matières aqueuses, légèrement verdâtres. L'état du ventre, dont la malade se plaignait beaucoup, attira tout d'abord notre attention; il était augmenté de volume, et manifestement ballonné; dans les régions ombilicales et épigastriques, il rendait à la percussion un son clair et tympanique, qui devenait moins sonore à l'hypogastre et dans la région des flancs; on ne déterminait nulle part de fluctuation; il était partout extrêmement sensible à la moindre pression, et l'hypéresthésie de ses parois était telle qu'en passant légèrement l'ongle sur la peau, en vue de provoquer l'apparition des taches cérébrales hypérémiques, la malade poussait des gémissements, en les accompagnant d'une grimace que la maigreur de son visage rendait encore plus expressive. Les lignes hypérémiques se dessinaient d'ailleurs très-vivement, et persistaient avec intensité au delà de cinq minutes.

La sensibilité si vive de l'abdomen pouvait avoir incontestablement sa cause dans la péritonite; mais elle était accrue, sans doute aussi par l'exaltation générale de la sensibilité, sous l'influence de l'état pathologique des organes encéphaliques. La moindre pression, exercée sur les masses musculaires des membres inférieurs et sur la partie inférieure des cuisses, causait une grande douleur.

Bien que la malade ne se plaignît point de souffrir de la tête, elle avait de l'anxiété, de l'agitation, et son sommeil était continuellement interrompu par des rêvasseries pénibles.

Il y avait eu plusieurs garderobes diarrhéiques depuis la veille. Les urines ne présentaient rien de particulier.

La respiration était très-courte et très-accélérée, la malade toussait par moments et se plaignait encore de douleurs dans les deux côtés de la poitrine, et plus particulièrement du côté gauche; l'expectoration était peu abondante et mélangée; il y avait des crachats épais, d'une coloration jaune verdâtre et complétement opaques, nageant au milieu d'une matière incolore, légèrement spumeuse.

La conformation de la poitrine ne présentait rien de notable; la percussion donnait un son mat dans le tiers infé-

rieur de la partie postérieure du thorax; et dans la même étendue, l'auscultation faisait entendre un peu de respiration bronchique et d'égophonie; partout ailleurs, dans les deux côtés de la poitrine, on entendait de nombreux râles sibilants et muqueux.

Prenant en considération l'amaigrissement et l'affaiblissement de cette malade depuis près d'un an, et l'état aigu dans lequel elle était depuis un mois, avec des symptômes thoraciques et abdominaux, je pensai qu'elle était atteinte d'une affection granulique récente, survenue pendant le cours d'une tuberculisation chronique.

Nous cherchâmes à calmer ses douleurs et à modérer sa diarrhée par quelques préparations opiacées, et par le sous-nitrate de bismuth.

Néanmoins ces symptômes persistèrent encore quelques jours sans aucune amélioration.

Le 11 janvier, l'état de la malade n'était pas notablement modifié; elle vomissait encore, elle souffrait beaucoup du ventre, qui restait très-ballonné; elle avait toujours de la diarrhée; du côté gauche du thorax, la respiration bronchique prenait un caractère caverneux, et les râles devenaient plus gras et plus humides. Même excitation du système nerveux; hypéresthésies cutanée et musculaire très-considérables; persistance de la tache cérébrale; fièvre toujours intense.

Le 14 janvier, la malade nous paraissait mieux; elle ne vomissait plus; elle souffrait beaucoup moins du ventre; la diarrhée avait beaucoup diminué; elle était plus calme, et avait un peu dormi. Le pouls était encore à 108.

Gomme; sous-nitrate de bismuth; bouillon et potages.

Le 18 janvier, nouvelle aggravation. Douleur très-vive dans tout le ventre, qui est toujours très-ballonné; la diarrhée a reparu avec une nouvelle intensité; il se développe sur les fesses quelques pustules d'ecthyma; l'état général est très-mauvais; l'émaciation fait des progrès rapides; la malade ne dort pas du tout; elle a beaucoup d'agitation et d'anxiété; elle gémit sans cesse; elle a toujours une vive exaltation de

la sensibilité; les symptômes thoraciques restent stationnaires; le pouls est à 116 pulsations par minute.

Le 22, persistance des mêmes symptômes; augmentation du nombre des pustules d'ecthyma; apparition d'œdème aux membres inférieurs; état cachectique très-prononcé.

Le 27 janvier, amélioration notable; le pouls n'est plus qu'à 92 pulsations; la malade a un peu reposé; elle souffre moins du ventre; elle n'a plus eu de vomissements depuis plusieurs jours, et prend un peu d'aliments.

Le 3 février, nouvelle aggravation; reprise des douleurs de ventre; la malade se plaint de coliques vives; elle éprouve de nouveau des nausées; le ventre est moins tendu qu'il n'était; mais la palpation y est toujours très-douloureuse; on constate autour de l'ombilic une poche fluctuante de la grosseur d'un petit œuf de poule; et plus profondément dans l'abdomen, on rencontre une série d'inégalités résistantes, dues problablement à des adhérences péritonéales. La fièvre est toujours vive; le pouls a repris 100 pulsations par minute; la diarrhée a cessé, les signes stéthoscopiques restent les mêmes du côté du thorax.

Le 5 février, le pouls est à 120 pulsations; la malade se plaint beaucoup; elle a de fréquents vomissements de matière noirâtre, dont l'odeur rappelle celle des matières fécales; le ventre est extrêmement douloureux; la diarrhée n'a pas reparu.

Le 8 février, la petite poche fluctuante, qui existait autour de l'ombilic s'est ouverte spontanément, et donne issue à un liquide purulent qui ne paraît pas communiquer avec la cavité péritonéale; la malade vomit encore, et laisse aller sous elle ses matières et ses urines; le pouls est à 112 pulsations. Elle succombe le surlendemain après une longue agonie.

L'autopsie fut faite trente-six heures après sa mort, par mon interne, M. Hémey, qui a eu l'obligeance d'en résumer les détails de la manière suivante :

A l'ouverture du cadavre, il est difficile de séparer la paroi abdominale du paquet intestinal, car les adhérences sont si

nombreuses et si intimes, que les premiers coups de scalpel pénètrent directement dans l'intestin.

La cavité péritonéale contient cinq ou six petits foyers purulents enkystés (le pus est jaune, verdâtre et séreux). L'odeur fétide qui s'en exhale rappelle celle des vomissements.

Les ganglions mésentériques sont peu développés, et ne présentent qu'une légère congestion.

Sur le foie et sur la rate les adhérences sont multiples ; on y voit aussi quelques rares granulations transparentes.

Les poumons sont très-adhérents aux parois de la cavité thoracique ; ils sont farcis de granulations tuberculeuses ; surtout le poumon gauche, qui contient, en outre, quelques petites cavernes dans le lobe inférieur, et une autre, un peu plus vaste, dans son sommet. A la base de ce même poumon, et en avant, une des petites cavernes communique avec un foyer purulent enkysté dans la plèvre.

Le poumon droit contient dans son lobe supérieur de nombreux tubercules à l'état de crudité ; dans le lobe moyen, on les trouve plus rares et plus petits ; le lobe inférieur ne contient que des granulations encore demi-transparentes.

Sur les méninges cérébrales, dans la scissure de Sylvius et sur la convexité des lobes cérébraux, on ne remarque qu'un très-petit nombre de granulations bien distinctes ; les méninges sont infiltrées de sérosité ; mais on trouve peu de liquide dans les ventricules. Les parties centrales du cerveau ne paraissent pas ramollies. Le péricarde ne présente aucune trace de granulations ; il contient un peu de sérosité limpide. Enfin la tunique fibreuse des reins adhère assez intimement à la substance corticale, pour en entraîner avec elle quelques parcelles, quand on l'enlève.

La péritonite granulique donne beaucoup plus souvent lieu à des adhérences celluleuses entre les parties contiguës du péritoine qu'à des épanchements dans sa cavité ; cependant des épanchements se rencontrent quelquefois, et il est très-intéressant de rechercher quelles sont les conditions qui influent sur leur nature, dans quels cas ils sont formés par de la sérosité, dans quels cas ils deviennent purulents.

Lorsque l'inflammation granulique se développe sur un péritoine primitivement sain, et qui n'est encore le siége d'aucune adhérence, ni d'aucune production tuberculeuse, l'épanchement est, le plus ordinairement, formé par de la sérosité limpide, comme celle qui en développe dans les plèvres ou dans les ventricules du cerveau sous l'influence de cette inflammation, et, dans ce cas, la lymphe fibro-plastique se ramasse en granulations à la surface du péritoine, et les adhérences ne se développent qu'ultérieurement, après la résorption du liquide.

Lorsque la péritonite granulique a été adhésive, il peut se faire qu'après un certain temps, pendant lequel la convalescence paraissait être franche et complète, le malade éprouve de nouveau des douleurs dans le ventre, et qu'une nouvelle poussée inflammatoire se fasse sur le péritoine; le ventre, qui était devenu le siége d'un certain empâtement, et dont l'exagération du volume et de la sensibilité avait disparu, offre de nouveau, dans ce cas, du ballonnement et de la douleur, et ne tarde pas à présenter dans quelques points, de la matité et de la fluctuation. Il semble qu'une inflammation nouvelle vienne éclater sur les organes abdominaux, mais que cette fois, elle reçoive des nouvelles conditions anatomiques, dans lesquelles se trouve le péritoine, par suite du tissu cellulaire adhésif qui s'y est développé, une tendance à la suppuration, qui n'existait pas de prime abord.

En effet, dans cette circonstance, il se forme de petits foyers purulents plus ou moins étendus, au milieu des adhérences péritonéales, qui constituent autant d'abcès enkystés; le malade de Saint-Benjamin, dont il a été question tout à l'heure, offre un exemple de ces foyers purulents multiples, développés après que les symptômes généraux avaient disparu, et après que la convalescence paraissait établie. Ce sont autant de petits phlegmons *inter-péritonéaux*, qui participent à la fois des inflammations du tissu cellulaire et de celles des membranes séreuses; elles fournissent un produit séro-purulent plus ou moins abondant.

L'épanchement consécutif à la péritonite granulique peut

encore devenir purulent dans une circonstance différente; ainsi, après que l'inflammation granulique s'est éteinte, en tant qu'acte pathologique actif, et qu'il ne reste plus que les granulations fibro-plastiques à la surface des organes abdominaux, lorsque ces granulations sont envahies par la tuberculisation, et sont transformées en petits tubercules; dans ce cas, il survient très-souvent une ascite, dont le liquide passe rapidement à la suppuration; c'est alors, à proprement parler, la péritonite tuberculeuse, consécutive, dans l'espèce, à la granulie aiguë.

Voici un exemple de cette variété de l'affection.

Une femme, âgée d'une trentaine d'années, était entrée dans mon service en 1863, salle Notre-Dame, n° 56, pour une maladie qui fut regardée pendant un mois comme une fièvre typhoïde grave, et traitée comme telle. Après quelques améliorations passagères, l'état de sa santé s'aggravait de plus en plus; elle était d'une maigreur extrême, et son aspect rappelait celui des personnes frappées de phthisie aiguë; elle conservait toujours un mal de tête vague, sans aucun trouble des sens; les forces étaient tellement diminuées, qu'à peine elle pouvait se tenir assise sur son lit, sans être soutenue; elle avait un profond dégoût pour tout espèce d'aliments, et elle avait une diarrhée incoërcible.

Le ventre était notablement ballonné; il donnait à la percussion un son très-clair sur les parties superficielles, et de la matité d'autant plus complète que l'on percuttait des parties plus déclives; la fluctuation ne pouvait laisser de doute sur l'existence d'une certaine quantité de liquide épanché dans le péritoine.

Les parois du ventre étaient très-amincies, et par la palpation, on constatait à travers elles cinq ou six petites saillies de la grosseur de grains de chénevis, que je pensai être de petits tubercules développés à la surface du péritoine. Tout le ventre était extrêmement sensible à la moindre pression, et l'on ne pouvait pas tracer sur la peau de ses parois, les lignes destinées à produire la tache cérébrale hypérémique, qui se dessinait d'ailleurs avec intensité, sans lui causer une

extrême douleur, qu'elle témoignait en poussant des gémissements, accompagnés de cette horrible grimace sur laquelle j'ai déjà tant insisté.

La fièvre était vive ; la peau était couverte d'un grand nombre de sudamina; on n'avait constaté, à aucun moment de la maladie, de taches rosées lenticulaires.

La malade toussait peu, et elle ne crachait pas ; la conformation du thorax ne présentait rien de notable, à l'exception de l'extrême maigreur de ses parois; la poitrine était partout très-sonore à la percussion, et l'auscultation ne faisait découvrir absolument aucun signe de lésions des organes de la respiration.

Il n'y avait, du reste, aucun trouble de l'intelligence ; il n'y avait non plus ni contracture, ni paralysie ; on constatait seulement de l'hypéresthésie cutanée développée, à son maximum, sur la peau du ventre, et jusque dans sa profondeur.

En présence de tous ces symptômes, l'idée d'une fièvre typhoïde ne pouvait être conservée ; et nous demeurâmes convaincu que la malade avait eu primitivement une granulie, à forme typhoïde et abdominale, à laquelle avait succédé une tuberculisation rapide des produits fibro-plastiques, qui menait, à grand train, la malade au tombeau.

L'autopsie ne tarda pas à confirmer la justesse de nos prévisions.

La cavité péritonéale contenait environ trois litres de *sérosité purulente*, et tout le péritoine était revêtu d'une très-grande quantité de petites granulations converties en tubercules; les uns encore miliaires, et offrant sous le doigt une assez grande résistance; d'autres plus gros et déjà caséeux; enfin les ganglions mésentériques étaient le siége de tubercules caséeux, dont quelques-uns avaient acquis le volume d'une aveline, et formaient dans chaque ganglion une masse blanchâtre assez régulièrement arrondie qui s'énucléait, tout d'une pièce, sans effort, sitôt après la section de l'enveloppe ganglionnaire.

Des plaques tuberculeuses se rencontraient, en grand nombre, sur le gros intestin, au-dessous du péritoine ; et s'éten-

daient, après s'être emparé de toutes les tuniques de l'intestin, jusqu'à sa membrane muqueuse, qui était elle-même très-ulcérée, dans les points correspondants. La rate, tant à sa surface que dans son intérieur, présentait aussi un grand nombre de granulations converties en tubercules.

Du côté du thorax, on rencontrait un grand nombre d'adhérences celluleuses, entre les deux plèvres; et, dans le lobe inférieur des deux poumons, un assez grand nombre de granulations ; les unes étaient encore fibro-plastiques demi-transparentes et non tuberculisées; les autres étaient déjà opaques, et converties en tubercules miliaires.

Un fait assez remarquable et exceptionnel, c'est qu'il n'y avait, pour ainsi dire, aucune granulation dans les lobes supérieurs, et aucun tubercule dans les sommets des poumons. Quelques ganglions bronchiques étaient tuberculisés; aucun d'eux n'était granuleux.

L'arachnoïde était épaissie et laiteuse, le tissu cellulaire de la pie-mère était infiltré de sérosité; mais on n'y découvrait aucune granulation, ni aucun tubercule; les ventricules contenaient une assez grande quantité de sérosité; leurs parois ne paraissaient pas altérées; leur consistance m'a paru normale.

Avant de terminer ce paragraphe, il importe de dire encore un mot sur le vomissement; déjà, à propos de la forme cérébrale de la maladie, j'ai longuement insisté sur la valeur de ce symptôme, et sur la cause qui le provoquait. Ici, dans la forme abdominale de l'affection granulique, ce n'est pas sous l'influence, exercée directement par l'inflammation méningo-encéphalique que se produit le vomissement, mais par l'action sympathique ou reflexe qui est mise en jeu par la péritonite.

Le vomissement est quelquefois, comme dans la méningite-granulique, un des premiers symptômes par lesquels se traduit la forme abdominale de la maladie; en effet, la péritonite, de nature granulique, a ceci de particulier, qu'elle peut déterminer des vomissements, avant que les autres symptômes péritonéaux ne se soient encore manifestés.

Chez quelques malades, on constate encore peu de douleur

abdominale, peu de ballonnement du ventre, peu ou point de constipation; quelquefois même de la diarrhée ; et cependant il existe déjà des vomissements fréquents. Lorsque ce symptôme s'offre à l'observation, et que le malade, qui en est l'objet, ne présente, d'ailleurs, aucun autre symptôme de fièvre cérébrale, l'idée qu'il pourrait appartenir à cette maladie ne vient pas à l'esprit; et comme, d'autre part, les autres symptômes que l'on a coutume de rencontrer dans la péritonite ordinaire, ne se montrent pas non plus, on le suppose, plus volontiers, dû à l'existence encore larvée d'une fièvre gastrique, qu'à sa cause véritable ; celle-ci ne se révèle souvent que beaucoup plus tard, lorsque les principaux signes de l'affection granulique se pressent les uns les autres.

Il est donc important de savoir que la péritonite granulique peut se manifester primitivement par des vomissements, avant que la douleur et le ballonnement du ventre, qui la caractérisent habituellement, se soient prononcés.

CHAPITRE IX

AFFECTION GRANULIQUE ASSOCIÉE A LA TUBERCULISATION.

Ces deux affections peuvent s'associer de trois manières : la granulie se manifeste d'abord seule, et ses produits se tuberculisent plus tard; ou bien, elle survient dans le cours d'une tuberculisation chronique; ou bien encore, elle s'associe à la tuberculisation aiguë.

Après avoir étudié, dans les chapitres précédents, les différentes formes de l'affection granulique, considérée en dehors de toute complication, il importe actuellement de l'envisager dans ses rapports avec la tuberculisation, soit chronique, soit aiguë.

La maladie granulique peut se trouver alliée à la tuberculisation dans trois conditions différentes :

En premier lieu, elle peut se développer chez des individus indemnes jusque-là de toute manifestation tuberculeuse, et chez lesquels la tuberculisation n'apparaît qu'après que l'inflammation granulique est éteinte; celle-là lui succède; elle tuberculise ses produits; mais elle ne mélange pas ses symptômes avec elle.

En second lieu, l'affection granulique survient brusquement dans le cours d'une tuberculisation chronique.

En troisième lieu, elle s'allie à la tuberculisation aiguë, et constitue avec elle un état pathologique aigu et complexe qui n'est autre que celui qui est décrit par les auteurs, et en par-

ticulier par MM. Leudet (1) et Trousseau (2) sous le nom de *forme catarrhale* de la *phthisie galopante.*

Arrêtons-nous quelques instants sur chacune de ces conditions pathologiques de la granulie.

I

GRANULIE PRIMITIVE. — TUBERCULISATION CONSÉCUTIVE DE SES PRODUITS.

Lorsque l'inflammation granulique survient chez un individu qui n'a encore éprouvé aucune manifestation tuberculeuse, elle peut se comporter de différentes manières : tantôt, elle apparaît de prime abord, sous une de ses formes les plus graves, et elle enlève rapidement le malade. Dans ce cas la tuberculisation lui reste étrangère. D'autres fois, elle prend des allures moins terribles, et après quelques symptômes pleurétiques ou abdominaux, l'inflammation granulique s'éteint lentement sur les organes qu'elle a touchés, en laissant seulement sur son passage quelques produits fibro-plastiques ; c'est dans cette seconde circonstance que nous voyons le plus souvent la tuberculisation succéder à la granulie.

Plusieurs des faits cliniques sur lesquels nous avons appuyé la description des formes thoracique et abdominale de la maladie, ne sont autres que des exemples de granulie, à laquelle a succédé une tuberculisation plus ou moins rapide.

L'affection granulique, qui sévit sur un individu qui n'a encore éprouvé aucun symptôme de phthisie, mais qui est voué, par diathèse héréditaire, à cette cruelle maladie dans un avenir plus ou moins prochain, ne se comporte pas autrement chez lui, qu'elle ne le ferait chez un individu indemne de tout antécédent héréditaire. Ce sont toujours les mêmes symptômes, en rapport avec le siége prédominant de l'inflam-

(1) Leudet. Thèse inaugurale de 1851, *Recherches sur la phthisie aiguë.*

(2) *Clin. méd.*, t. I.

mation granulique, et le même cortége de symptômes généraux, dont il a été déjà tellement question dans tout ce qui précède, qu'il serait au moins superflu d'y revenir encore.

Ce n'est, en général, qu'au bout d'un certain temps, et lorsque déjà la convalescence paraît franche, ou même lorsque la santé semble totalement rétablie, que des symptômes nouveaux, tout différents cette fois de ceux qui avaient caractérisé la première maladie, se montrent chez le malade; ces symptômes sont ceux de la phthisie pulmonaire commune, de la tuberculisation chronique, de la consomption lente; les malades toussent; ils crachent, ils pâlissent, ils maigrissent, ils perdent leurs forces et tombent lentement en consomption. En même temps, le sommet des poumons devient mat à la percussion; des bulles humides et inégales ne tardent pas à y apparaître, et tous les signes physiques de la fonte des tubercules se déroulent successivement.

Rien, dans la phthisie pulmonaire qui succède ainsi à l'affection granulique, ne rappelle la physionomie de cette dernière maladie; ce sont deux états pathologiques, aussi distincts par leurs caractères symptomatiques que par leurs caractères anatomiques; la seule particularité que la phthisie tuberculeuse emprunte à la granulie, qui l'a précédée, lorsque l'intervalle qui les sépare l'une de l'autre n'a pas été trop grand, c'est d'offrir un grand nombre de tubercules miliaires. En effet, ainsi que je l'ai exposé dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, les granulations fibro-plastiques conservent, pendant un certain temps, une grande aptitude à la tuberculisation; il en résulte que, lorsque celle-ci envahit l'économie, elle n'épargne pas ces corpuscules de nouvelle formation, et elle les transforme rapidement en petits tubercules, dont l'évolution s'accomplit, ultérieurement, de la même manière que celle des tubercules, qui se sont développés dans les organes, sans intermédiaires granuleux.

Insister davantage sur cette première condition des rapports de la granulie et de la tuberculisation, serait s'exposer infailliblement à des répétitions fastidieuses de ce qui a été déjà décrit.

II.

GRANULIE SURVENANT DANS LE COURS DE LA TUBERCULISATION CHRONIQUE.

J'ai dit, qu'en second lieu, l'affection granulique pouvait survenir brusquement dans le cours d'une tuberculisation chronique; voyons, dans cette circonstance, quelle influence réciproque ces deux maladies exercent l'une sur l'autre.

Lorsqu'une granulie, quelle qu'en soit la forme, survient chez un individu qui est déjà en proie à une tuberculisation chronique, il peut arriver deux choses tout à fait différentes, et qu'il importe bien de ne pas confondre; dans un cas, la granulie intervient comme le ferait une maladie intersidente, en conservant son allure spéciale; et alors les symptômes propres à chacune des deux maladies restent très-nettement dessinés et parfaitement distincts; mais, dans un autre cas, les deux maladies se combinent ensemble, de manière à produire un état pathologique complexe que nous étudierons ultérieurement, et qui a été décrit par les uns, comme une forme spéciale de phthisie galopante, la forme catarrhale; par les autres, comme une variété de phthisie rapide ou de tuberculisation aiguë.

Arrêtons-nous d'abord sur la première de ces deux conditions pathologiques.

Si, après avoir lu tout ce qui précède, le lecteur pouvait conserver encore quelques doutes sur ce que l'affection granulique présente de spécial dans son mode d'action sur l'économie, et sur tout ce qui la sépare de la tuberculisation proprement dite, l'examen des deux maladies, lorsqu'elles sévissent simultanément sur le même individu, sans se départir de leurs caractères individuels, dissiperait probablement ses incertitudes.

En effet, voici comment les choses se passent :

Un individu mène lentement sa phthisie pulmonaire depuis

six mois, depuis un an, depuis plus longtemps peut-être ; il tousse, il maigrit, il sent ses forces s'amoindrir ; et cependant, encore alerte et dispos, il a le sentiment de sa viabilité ; il est apte au travail de l'esprit ; il honore la table ; il a conscience de n'être pas *malade;* il le dit, il le croit ; néanmoins la tuberculisation a envahi ses poumons, et déjà un plus ou moins grand nombre de tubercules y accomplissent leur évolution funeste. Mais, et ceci est capital, le travail de tuberculisation, tout subordonné qu'il est à la diathèse générale, s'accomplit chez lui comme un fait isolé dans l'organisme ; le tubercule naît, grossit, se multiplie dans les poumons, sans que les attributs superficiels de la santé soient sensiblement altérés ; et si la vie est frappée dans ses forces radicales ; si, malgré l'intégrité des digestions, la nutrition est incomplète, la dégradation physiologique suit toutefois une pente si douce, que l'individu qui la subit n'en a pas conscience, et qu'en un mot, il ne se sent pas malade !

Que la granulie intervienne dans un tel état morbide, les choses changent de face ! L'individu devient tout aussitôt malade, et il le sent bien ; il accuse du malaise, il perd l'appétit, il éprouve du dégoût pour tout ce qui, la veille, lui plaisait encore ; il a du mal de tête, il entend des bruits insolites, il saigne du nez, il perd le sommeil, ou s'il dort quelques instants, c'est pour être assailli par les rêves les plus étranges ; bientôt l'inflammation granulique, suivant le courant de ses affinités, s'étale sur les méninges, sur les plèvres ou sur les viscères de l'abdomen, et donne lieu aux différents groupes de symptômes qui ont été étudiés à propos des formes typhoïde, cérébrale, thoracique et abdominale de la maladie.

Que devient la tuberculisation chronique, en présence de l'intervention granulique ? Il peut se faire, et nous nous plaçons ici dans cette hypothèse, qu'elle ne soit nullement influencée dans sa marche lente, par l'apparition des symptômes de la granulie ; elle reste étrangère aux manifestations de la maladie aiguë, comme elle le ferait si le malade était aussi bien pris d'un érysipèle, d'une diphthérite ou de toute autre maladie aiguë intersidente, plutôt que de celle-là ; et pendant

l'évolution de cette dernière, la phthisie pulmonaire reste chronique, sans offrir le moindre symptôme qui rappelle la phthisie rapide ou la tuberculisation aiguë ; mais il n'en est plus de même relativement à l'influence que la tuberculisation exerce sur l'issue de l'inflammation granulique ; car si le malade ne succombe pas à la forme typhoïde ou cérébrale de l'affection, les produits granuleux, à mesure qu'ils seront déposés dans la trame des tissus, ou à la surface des organes, deviendront le siége de la tuberculisation ; le passage d'une granulie dans le cours d'une tuberculisation chronique a, pour ainsi dire, toujours pour conséquence, la tuberculisation des produits granuleux, ce que révèle l'autopsie, par une tuberculisation miliaire, ajoutée à la phthisie pulmonaire ordinaire.

Cette tuberculisation miliaire, qui succède à la granulie, peut elle-même se présenter dans deux conditions différentes; tantôt elle prend une allure aiguë, et nous la retrouverons tout à l'heure sous cette forme, en étudiant les symptômes qui résultent de l'alliance des deux maladies, tantôt elle reste chronique. La tuberculisation chronique peut très-bien, tout en s'emparant des nouveaux produits organiques, pour lesquels elle a tant d'affinité, conserver son allure primitive, et rester chronique et apyrétique jusqu'au bout. La multitude des tubercules miliaires qui envahissent les poumons, peut être telle dans cette circonstance, qu'il ne reste plus assez de lobules pulmonaires intacts pour accomplir l'hématose, et que le malade, plus ou moins complétement cyanosé, soit atteint d'une dyspnée profonde, et succombe à une asphyxie rapide, sans présenter aucun des symptômes muqueux et fébriles de la phthisie catarrhale, ou de la tuberculisation aiguë des auteurs.

J'ai été à même d'observer encore tout récemment cette forme de la maladie chez un garçon d'une vingtaine d'années, qui était entré dans mon service pour une phthisie pulmonaire chronique ; depuis sept ou huit mois il toussait ; puis il avait maigri, et il sentait chaque jour ses forces s'affaiblir. Lorsqu'il vint réclamer mes soins, il n'éprouvait pas d'autre

symptôme thoracique qu'une toux, accompagnée de l'expectoration d'un peu de mucus opaque ; il n'avait pas de dyspnée; la respiration n'était pas accélérée; néanmoins, l'exploration du thorax ne laissait aucun doute sur l'existence de tubercules ramollis dans le sommet des poumons, particulièrement à gauche où existait déjà une petite caverne.

Le malade avait bon appétit, il digérait bien, il n'avait jamais eu de diarrhée, et jusqu'alors sa phthisie se conduisait sans fièvre.

Tout à coup, il fut pris de malaise et d'une fièvre vive ; il perdit l'appétit ; il eut quelques nausées ; sa bouche devint pâteuse et sa langue blanche; en même temps il perdait le sommeil ; il éprouvait du mal de tête, quelques bruits d'oreilles, et il saignait du nez.

La toux et l'expectoration restaient ce qu'elles étaient ; mais la respiration s'accélérait, et le malade accusait un peu de douleur dans le côté gauche de la poitrine. L'examen du thorax ne fournissait d'ailleurs aucun nouveau signe.

La tache cérébrale hypérémique se dessinait vivement sur la peau du malade et persistait longtemps.

Le ventre restait souple et indolent ; il y avait un peu de constipation ; les urines ne présentaient rien de particulier. Je pensai que, chez ce malade, il était survenu une affection granulique à laquelle il fallait rapporter l'état fébrile, l'insomnie, le mal de tête, l'épistaxis et la douleur pleurétique.

Cet état aigu persista quinze jours, sans que les signes stéthoscopiques de la phthisie pulmonaire en fussent modifiés, et sans qu'aucun nouveau signe ne témoignât du travail pathologique qui s'accomplissait dans les voies respiratoires. Enfin, la fièvre cessa, le malade reprit de l'appétit et du sommeil ; tous les symptômes de l'affection aiguë intersidente avaient disparu, et la phthisie pulmonaire, dont ce garçon était atteint, paraissait être dans les mêmes conditions où elle se trouvait avant l'apparition des symptômes aigus.

Tandis que l'état du malade paraissait stationnaire, deux semaines s'étaient à peine écoulées, que la respiration re-

prenait une accélération insolite, et que le malade éprouvait une dyspnée considérable.

Cependant rien dans son état général ne dénotait une nouvelle atteinte de granulie ; il n'avait pas de fièvre, il conservait l'appétit, il ne souffrait de nulle part ; les signes stéthoscopiques restaient à peu près les mêmes ; on entendait au sommet des poumons des craquements humides, et quelques petits gargouillements sous la clavicule gauche ; mais à l'exception des sommets, tout le reste des poumons paraissait sain ; la sonorité y paraissait normale, et l'auscultation n'y faisait constater aucun bruit accidentel.

La dyspnée devint de plus en plus intense, et le malade tomba dans un état singulier : il conservait l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et nous rendait bien compte de ses sensations ; il n'éprouvait, à proprement parler, aucune douleur ; mais il lui semblait que l'air ne pouvait pas pénétrer jusqu'au fond de sa poitrine ; en vain par sa volonté, précipitait-il la rapidité instinctive des mouvements respiratoires, et cherchait-il, par de fréquents soupirs, à surmonter l'obstacle qui l'oppressait ; l'asphyxie devenait imminente ; les téguments prenaient une teinte cyanosée, les extrémités perdaient leur chaleur, la sensibilité cutanée devenait obtuse; enfin le malade expira, sans présenter d'autres symptômes que ceux d'une asphyxie progressive.

Que s'était-il passé? L'autopsie le montra.

Au sommet des deux poumons, et plus particulièrement dans le sommet du poumon gauche, on trouvait les signes anatomiques de la phthisie pulmonaire, qne le malade traînait lentement depuis huit ou neuf mois ; c'est-à-dire, de gros tubercules caséeux, d'inégale consistance, et de petites cavernes de diverses dimensions, correspondant évidemment aux craquements humides et aux gargouillements qu'avait dénotés l'auscultation pendant la vie ; mais, en outre, la totalité des deux poumons, depuis le haut jusqu'en bas, était le siége d'une multitude de petits tubercules miliaires de la grosseur de petites têtes d'épingles ; ils étaient complétement opaques, et encore à l'état de crudité ; leur quantité était telle que pas

un seul lobule pulmonaire n'était épargné, de sorte qu'il était aisé de concevoir comment cette altération des poumons était devenue rapidement la cause de l'asphyxie à laquelle avait succombé le malade.

Quelques exemples tirés de ma clinique vont montrer, mieux que je ne saurais le faire, quelle est la physionomie de l'affection granulique, lorsqu'elle intervient dans le cours d'une tuberculisation chronique.

Dans la relation suivante, on verra l'affection granulique surprendre l'individu dans le cours d'une phthisie pulmonaire; on verra par quels symptômes elle signale sa présence; on assistera à sa terminaison, en tant que maladie aiguë, et à la transformation de ses produits granuleux en tubercules.

La nommée Louise Dugué, blanchisseuse, âgée de vingt ans, entrait dans mon service le 18 mars 1864, au n° 47 de la salle Notre-Dame.

D'après les renseignements que nous donna la malade, sa mère serait morte d'une phthisie pulmonaire; elle-même est douée d'une constitution assez chétive; elle a l'aspect d'une phthisique; sa peau est brune, et d'une coloration même un peu terreuse; ses ongles ont la conformation hippocratique, et sa maigreur est considérable. Réglée à l'âge de seize ans, elle s'était toujours assez bien portée jusqu'au mois d'octobre dernier, époque à laquelle elle prit un rhume qui depuis ne l'a pas quittée; elle n'a jamais eu de crachements de sang, et depuis bientôt six mois qu'elle tousse, elle n'avait pas encore été assez malade pour prendre le lit; elle ne le garde que depuis ces derniers jours.

Depuis près de deux mois, il lui était survenu un petit abcès froid au-dessous du sein droit, qui s'était ouvert spontanément, et qui, depuis, a été le siége d'un suintement séro-purulent continuel; il existe encore en ce point une petite fistule, en rapport avec une côte cariée.

La malade a maigri, et s'est beaucoup affaiblie depuis ces deux derniers mois; néanmoins elle mangeait bien et digérait bien, à l'exception d'un peu de diarrhée qui, depuis qu'elle tousse, s'est représentée à différents intervalles.

Cette malade nous raconte que, depuis quelques jours, sa santé s'est tout à fait altérée; qu'elle a continuellement de la fièvre, qu'elle se sent très-mal; qu'elle ne dort plus, qu'elle souffre beaucoup de la tête et du ventre; qu'elle ne peut plus rien prendre, que tout lui répugne, et que ne pouvant se faire soigner chez elle, elle entre à l'hôpital.

Voici à quels signes nous avons reconnu, chez elle, une affection granulique, intervenue pendant le cours de sa phthisie chronique.

Elle offrait une stupeur considérable, elle ne pouvait se tenir assise sur son lit sans éprouver des vertiges, analogues à ceux que l'on éprouve dans une dothiénenterie grave; elle accusait un mal de tête violent, exacerbant, qui, par moments, lui arrachait des gémissements plaintifs; elle ne dormait plus du tout depuis plusieurs jours, et avait des bourdonnements d'oreilles continuels; ses pupilles étaient très-larges, peu contractiles, et la clarté du jour incommodait sa vue.

La langue était blanchâtre et un peu collante; la malade avait peu de soif; elle éprouvait des nausées; mais elle n'avait pas vomi; elle avait eu plusieurs selles diarrhéiques depuis la veille. Le ventre était ballonné, sonore à la percussion, et partout extrêmement sensible à la palpation.

La peau était le siége d'une hypéresthésie très-vive, non-seulement sur tout l'abdomen, mais encore sur le tronc et sur les membres; l'exaltation de la sensibilité existait jusque dans les masses musculaires, car on ne pouvait presser, tant soit peu, les cuisses ou les bras entre les mains, sans provoquer une vive douleur, que la malade témoignait par des cris perçants et par un grippement de la physionomie très-expressif.

La peau n'était le siége d'aucune éruption; on n'y découvrait ni sudamina, ni taches lenticulaires; mais la tache cérébrale hypérémique y était très-facile à provoquer.

Le pouls était à 108 pulsations; la respiration était précipitée, anxieuse, et la malade accusait un peu de gêne dans le côté droit de la poitrine; l'exploration du thorax fournissait les signes suivants :

La poitrine était très-amaigrie; les dépressions sus et sous

les clavicules étaient fortement accusées; la percussion donnait en avant un peu de matité sous la clavicule gauche; et en arrière, un peu de matité dans le quart inférieur du côté droit.

L'auscultation faisait connaître en avant, sous la clavicule gauche, des bulles humides, inégales, avec un retentissement exagéré de la voix et de la toux; sous la clavicule droite, une respiration rude et sèche, sans craquements humides.

En arrière, à gauche, on entendait dans la fosse sus-épineuse, quelques bulles humides, analogues à celle de la région sous claviculaire; et à droite, dans la fosse sus-épineuse, une respiration faible, sans bruit anormal. Dans le tiers moyen, quelques bruits de frottement rudes, s'entendaient dans les deux temps de la respiration; et tout à fait à la base, un peu de respiration tubaire, sans égophonie.

Prenant en considération le temps depuis lequel la malade toussait, son amaigrissement, son affaiblissement, et les signes physiques recueillis du côté du thorax, on ne pouvait méconnaître une phthisie pulmonaire; mais était-il possible d'attribuer l'état pathologique aigu, qui s'était tout récemment déclaré, à la tuberculisation pulmonaire? L'existence de la pleurésie, que caractérisaient la matité du quart inférieur droit de la poitrine, la respiration tubaire et les bruits de frottement, pouvait-elle expliquer davantage l'ensemble des symptômes éprouvés par la malade? Une pleurésie franche, survenant même chez un tuberculeux, peut-elle donner lieu à cet état de stupeur dans lequel nous trouvions la malade? peut-elle être la cause de cette violente céphalalgie, de ces vertiges, de ces tintements d'oreilles? et, en fin de compte, pourrait-elle occasionner cette vive sensibilité du ventre, et cette hypéresthésie cutanée si considérable?

Non, sans doute; l'intervention de la granulie était nécessaire pour métamorphoser de la sorte la phthisie pulmonaire, que cette pauvre fille traînait déjà depuis six mois.

Sous l'influence d'un traitement approprié, consistant dans l'application de quelques vésicatoires volants, sur le côté droit du thorax; dans l'administration à l'intérieur, du musc

et de l'iodure de potassium, nous vîmes peu à peu l'état aigu s'améliorer; les troubles de l'innervation s'amendèrent les premiers; la céphalalgie, les troubles des sens, la tendance aux vertiges, la stupeur diminuèrent petit à petit, et la maladie concentra principalement ses manifestations du côté de l'abdomen et du thorax.

Le ventre restait extrêmement douloureux; on ne pouvait y tracer une ligne avec le bout du doigt, en vue de déterminer la tache cérébrale, sans provoquer une vive douleur; et la pression la plus légère était l'occasion de souffrances intolérables; le ventre restait ballonné et sonore à la percussion, jusqu'aux régions les plus déclives; la diarrhée avait été remplacée par un peu de constipation.

La douleur pleurétique avait cédé facilement à l'application du premier vésicatoire volant; et bientôt, la disparition de la matité et de la respiration tubaire, qui occupaient la base du côté droit du thorax, témoigna de la résorption de l'épanchement pleurétique; on ne trouvait plus que des bruits de frottement comme vestiges de la pleurésie; les signes de la tuberculisation persistaient d'ailleurs au sommet des poumons sans aucun amendement.

Jusqu'aux derniers jours du mois de mars, il ne survint aucun changement dans l'état de la malade; mais à partir de ce moment, les symptômes abdominaux se modifièrent notablement; le ventre cessa d'être ballonné, il s'affaissa, et les intestins parurent se tasser sur eux-mêmes; il résultait, de ce nouvel état, une sensation d'empâtement et de consistance, qui faisait supposer que de nombreuses adhérences réunissaient entre eux tous les intestins en une seule masse.

La fièvre diminua beaucoup; le pouls tomba à 80 pulsations; la malade reprit du sommeil, de l'appétit et des forces.

Le 18 avril, juste un mois après son entrée à l'hôpital, la malade se levait et était redevenue, à un peu plus de faiblesse près, dans l'état où l'avait amenée sa phthisie pulmonaire chronique, lorsqu'elle fut frappée par l'affection granulique.

Nous pûmes alors, pendant trois mois, suivre pas à pas, tous les progrès de la tuberculisation chronique; après avoir

récupéré les forces, que la maladie aiguë lui avait momentanément fait perdre, la malade continua à s'affaiblir en proportion des progrès de sa phthisie; la toux devint plus fréquente, l'expectoration plus abondante; bientôt les sueurs nocturnes apparurent, la diarrhée se réveilla, et tous les symptômes de la consomption tuberculeuse se déchaînèrent chacun à leur tour, jusqu'à l'heure de la mort, qui sonna pour la pauvre fille, le 10 juillet suivant.

Pendant tout le temps que dura la tuberculisation chronique, la malade conserva une exaltation remarquable de la sensibilité; elle devint très-irascible, et très-facilement impressionnable; sa peau restait aussi plus sensible qu'à l'état normal, et l'on ne pouvait comprimer ses membres entre les mains, sans causer une certaine douleur.

Voici ce que l'autopsie montra :

Comme marque du passage de l'inflammation granulique sur les organes encéphaliques, on retrouvait l'arachnoïde notablement épaissie, et très-fortement adhérente à la pie-mère; et de plus, des adhérences celluleuses, très-fines et très-multipliées entre les diverses scissures cérébrales; mais on ne rencontrait absolument aucune granulation. Les cavités ventriculaires étaient un peu dilatées, et remplies de sérosité transparente; les plexus choroïdes étaient petits et très-ratatinés sur eux-mêmes; ils ne contenaient pas non plus de granulations; la totalité de la substance encéphalique offrait peu de consistance; mais aucune des parties centrales n'était le siége d'un ramollissement particulier.

Du côté du thorax, on constatait facilement les deux ordres de lésions appartenant à chacune des deux maladies. Tout d'abord, des adhérences celluleuses très-nombreuses entre les plèvres pulmonaire et pariétale des deux côtés; et de plus, un très-grand nombre de filaments celluleux, développés entre les scissures pulmonaires, et réunissant entre elles les surfaces contiguës des lobes du poumon; à la base des poumons, et entre les scissures pulmonaires, les plèvres étaient épaissies, et présentaient quelques plaques laiteuses; on y rencontrait aussi, mais en très-petit nombre, quelques

petites granulations opaques, tuberculisées. Le sommet des deux poumons était le siége de cavernes tuberculeuses, et de tubercules caséeux de différentes grosseurs, en voie de ramollissement; dans le reste des poumons, on trouvait disséminées en très-petit nombre, quelques granulations miliaires tuberculisées.

Le péricarde et le cœur n'offraient rien de notable.

C'est plus spécialement encore du côté de l'abdomen que l'on rencontrait les traces de l'inflammation granulique; en effet, des adhérences celluleuses, tellement serrées, s'étaient développées entre tous les points de contact du péritoine, que l'on ne pouvait, qu'à grand peine, séparer le péritoine pariétal du paquet intestinal, réuni lui-même en une seule masse, par la multiplicité des adhérences celluleuses qui s'étaient développées entre toutes les anses contiguës de l'intestin. Par-ci, par-là, on trouvait quelques groupes de granulations tuberculisées; la rate en présentait un assez grand nombre à sa surface externe; mais elle n'en renfermait pas dans son intérieur.

Le foie était gras, et sa surface péritonéale présentait aussi un grand nombre d'adhérences celluleuses.

Les ganglions mésentériques étaient, en partie, tuberculisés; aucun d'eux ne présentait de granulations miliaires.

L'on trouvait enfin la septième côte, du côté droit, notablement cariée, mais sans trace de granulation, ni de tuberculisation.

Voici un autre exemple d'affection granulique, survenant aussi chez un sujet tuberculeux; mais dans ce cas, la maladie aiguë prit la forme cérébrale, et enleva rapidement l'individu.

Un garçon, âgé de vingt-neuf ans, fut apporté sur un brancard, dans mon service, le 16 décembre 1863; il avait le délire, et les seuls renseignements qu'il fut possible d'obtenir des personnes qui l'amenaient à la Pitié, c'était que, depuis longtemps, il était malade de la poitrine; et que depuis un mois, il n'avait pas quitté le lit; nous dûmes pour poser un diagnostic, procéder à la manière des vétérinaires.

Cet individu était d'une stature élevée; il était très-brun ; il était très-maigre, et avait l'extrémité des doigts conformée en massue ; il avait un délire tranquille ; il ne comprenait aucune de nos questions, du moins il y répondait avec calme, par des phrases qui n'avaient aucun rapport avec ce qu'on lui demandait. Les pupilles étaient contractées, et les globes oculaires étaient parfaitement mobiles, sans aucune déviation. Il n'y avait dans les muscles ni contracture, ni paralysie; mais la peau du tronc et des membres était le siége d'une très-vive hypéresthésie ; on ne pouvait pincer la peau entre deux doigts, le plus légèrement possible, sans que le malade ne témoignât immédiatement sa douleur, par ses mouvements et par la grimace de sa physionomie.

La respiration était très-fréquente et inégale; on constatait du côté gauche de la poitrine, une vaste caverne dans le sommet du poumon; et du côté droit, des tubercules nombreux, en voie de ramollissement.

La langue était sèche et collante, recouverte de fuliginosités, ainsi que les dents et les gencives; le malade buvait, sans avaler de travers, et vomissait quelques instants après, ce qu'il venait d'avaler. Son ventre était très-aplati et déprimé; il était partout extrêmement sensible à la moindre pression, ce qui paraissait d'ailleurs dépendre de l'hypéresthésie générale. Le malade avait la diarrhée, et laissait aller sous lui urines et fécès.

Le pouls était très-fréquent, petit et régulier.

La tache cérébrale hypérémique se manifestait avec vivacité. Lorsqu'on pressait entre les mains la partie inférieure des cuisses, le malade paraissait éprouver une vive douleur.

En présence de ces symptômes, je pensai avoir affaire à une fièvre cérébrale développée chez un tuberculeux, ou, en d'autres termes, à une granulie encéphalique. L'état dans lequel se trouvait le malade interdisait toute médication énergique. Il succomba au bout de quarante-huit heures.

Son autopsie offrit quelques particularités, sur lesquelles il importe de fixer l'attention.

Les deux poumons étaient atteints de tubercules, parvenus

à différents degrés, et le poumon gauche, en particulier, était le siége de plusieurs excavations tuberculeuses, assez spacieuses ; il n'y avait donc aucune incertitude sur ce premier point du diagnostic : cet individu était phthisique.

Voici ce qu'il y avait dans l'encéphale : la dure-mère ne présentait rien de notable ; l'arachnoïde cérébrale, du côté de sa surface libre, était très-notablement poisseuse ; elle n'était pas épaissie ; elle conservait sa transparence, qui laissait voir, au-dessous d'elle une vive hypérémie du tissu de la pie-mère. Sur le côté externe du lobe antérieur droit du cerveau, dans une étendue irrégulièrement circulaire, de cinq centimètres et demi de diamètre, la coloration de l'arachnoïde était grisâtre, et une couche de pus crêmeux gisait au-dessous d'elle ; en détachant soigneusement les méninges de cette région de l'encéphale, on constatait qu'en cet endroit, la substance même du cerveau était convertie en une sorte de bouillie purulente jaunâtre, au centre de laquelle se trouvait un tubercule caséeux assez mou ; il nous parut évident qu'il y avait là une encéphalite suppurée, circonscrite à l'entour du tubercule cérébral ; était-ce à ce tubercule qu'il fallait rattacher la méningo-encéphalite, à laquelle avait succombé le malade, n'était-ce là qu'une inflammation par cause mécanique, comme il arrive souvent en pareille circonstance ; ou bien l'inflammation encéphalique relevait-elle d'une disposition morbide générale ; était-elle une manifestation de la granulie ?

Les parties centrales du cerveau étaient très-notablement altérées ; le corps calleux, la voûte à trois piliers, la cloison transparente et la paroi externe des ventricules latéraux étaient considérablement ramollies, sans changement de couleur, et sans aucune trace de suppuration.

Les ventricules n'étaient point dilatés, et ils ne contenaient qu'une petite quantité de sérosité très-légèrement opaline.

A ces signes incontestables de méningo-encéphalite, il ne se joignait absolument aucune granulation fibro-plastique, ni dans les méninges, ni le long des vaisseaux qui rampent

dans les scissures, et occupent la base du cerveau, ni dans la substance encéphalique.

Du côté des plèvres et des poumons, on ne trouvait non plus aucune granulations fibro-plastiques, ni transparentes, ni tuberculisées; on n'y rencontrait que la grosse tuberculisation vulgaire, dont j'ai déjà parlé.

L'examen de l'abdomen ne peut laisser cependant aucun doute sur l'existence simultanée de l'affection granulique; car plus d'une vingtaine de belles petites granulations demi-transparentes, d'origine toute récente, occupaient la surface de la rate ; et quelques autres, non moins bien caractérisées, se rencontraient çà et là, sur la surface du péritoine.

Cette autopsie soulève une question difficile à résoudre : la méningo-encéphalite était-elle, chez ce malade, dépendante de l'affection granulique dont le cachet anatomique, imprimé sur la rate et sur le péritoine, ne peut laisser méconnaître l'existence, ou bien en était-elle indépendante?

Il faut convenir que les lésions encéphaliques, considérées en elles-mêmes, et en dehors des lésions abdominales, étaient plus en rapport avec l'idée d'une méningo-encéphalite *tuberculeuse*, qu'avec toute autre chose. L'existence de ce tubercule cérébral, autour duquel la substance nerveuse était enflammée et suppurée, donne une grande probabilité à l'opinion qu'il ait été le point de départ de l'inflammation; d'autant plus que la suppuration, dans l'inflammation granulique, est une terminaison relativement rare; on ne rencontre guère le pus infiltré dans la substance cérébrale et dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien, que dans les cas analogues à celui-ci, dans lesquels il y a des tubercules encéphaliques parvenus déjà à un degré plus ou moins avancé.

Il n'est pas invraisemblable toutefois que, sous l'influence de la granulie, les organes encéphaliques venant à s'enflammer, la présence du tubercule cérébral ait modifié autour de lui les effets de l'inflammation ; et que celle-ci y soit devenue rapidement suppurative, de la même manière que si le tubercule avait été l'unique cause de son développement.

Le ramollissement simultané des parties centrales du cer-

veau ne peut nullement aider à juger la question ; car on le rencontre également dans l'inflammation granulique, et dans l'inflammation qui est provoquée mécaniquement, par des tumeurs diverses, développées dans le cerveau.

L'argument le plus sérieux en faveur de la nature primitivement granulique de l'inflammation méningo-encéphalique, c'est la coexistence chez le malade d'une affection granulique, dont le début remontait probablement à l'époque où il s'est alité, c'est-à-dire à un mois. Quoi qu'il en soit, ce fait présente de l'intérêt par ce qu'il a d'insidieux. Il n'est pas non plus sans intérêt de faire remarquer que, malgré la suppuration de la substance cérébrale autour du tubercule, il n'y avait ni contracture ni paralysie des muscles du côté opposé au siége de la lésion ; la tolérance du cerveau pour les tubercules, acquise peut-être déjà depuis long-temps, a pu n'être pas étrangère à l'absence de ces symptômes.

Je vais rapporter un autre fait qui présente quelque analogie avec le précédent ; il est relatif à un individu tuberculeux, chez lequel les produits de la granulie s'étaient tuberculisés, et qui fut enlevé très-rapidement par une méningo-encéphalite partiellement suppurée.

Le nommé Roger, âgé de trente ans, employé au chemin de fer de Lyon, entra dans mon service de la Pitié, le 3 juillet 1864.

C'est un garçon de bonne constitution ; il a été militaire et il ne connaît dans sa famille aucun tuberculeux.

Depuis près d'un an, il traîne une maladie de poitrine ; il tousse, il crache, il maigrit, et sue souvent la nuit ; il a de la diarrhée et s'affaiblit lentement ; il y a quatre mois, il fut obligé de suspendre son travail pendant quelque temps, à cause d'une petite maladie pendant laquelle il souffrit beaucoup de l'estomac et du ventre, et il avait de fréquents vomissements ; bientôt après, il reprit sa vie habituelle, tout en toussant toujours, et il continua à travailler au chemin de fer jusqu'au 17 juin.

Ce jour-là, il était parti à son ouvrage, en se plaignant d'un violent mal de tête, qui ne le quitta pas de la journée. Inca-

pable de se livrer à ses travaux habituels, il revenait chez lui avec un camarade, lorsque tout à coup il tomba à terre, privé de connaissance. Ramené à son domicile, il éprouva une sorte d'attaque épileptique, consistant en des mouvements convulsifs des muscles de la face, sans mouvements désordonnés du reste du corps; il resta près d'une heure sans connaissance; on appela un médecin de la ville, qui lui fit administrer un lavement purgatif, à la suite duquel il eut des évacuations abondantes.

Le lendemain, 18 juin, il avait repris l'usage de ses sens et parlait distinctement. Cependant sa mère, dont nous tenons ces renseignements, remarquait en lui quelque chose de bizarre; il se plaignait constamment de la tête, et, par moments, il était le jouet d'hallucinations étranges; tout à coup, il se croyait en chemin de fer, et voyait les wagons défiler devant lui; puis, tout disparaissait devant ses yeux, et il se retrouvait dans son lit, qu'il n'avait pas quitté. Tous les jours suivants il resta malade, souffrant plus ou moins vivement de la tête et ne se sentant propre à rien; il mangeait très-peu; il ne vomissait pas et avait un peu de fièvre.

Le 2 juillet, sa mère remarqua qu'il avait une certaine difficulté à parler, et lui-même se sentait plus malade; le 3 juillet, on l'amena à la Pitié en voiture; il eut assez de forces pour monter lui-même l'escalier en s'appuyant du bras droit sur un camarade, et en s'aidant de la main gauche avec sa canne. Dans la salle, il fit quelques pas tout seul pour satisfaire ses besoins; il fut ensuite mis au lit et y resta jusqu'au lendemain matin, sans attirer jusque-là l'attention des gens de service.

Le 4 juillet, à ma visite, je le trouvai sans connaissance, et atteint d'une hémiplégie du côté gauche; les muscles de la face, animés par la septième paire du côté gauche, étaient paralysés; le malade *fumait la pipe* de ce côté, le bras de ce même côté était presque totalement inerte, le membre inférieur conservait la possibilité de quelques petits mouvements.

La sensibilité était presque complétement abolie du côté

gauche, du moins le malade ne témoignait aucun signe de douleur lorsqu'on pinçait ou qu'on piquait la peau de ce côté; par contre, la sensibilité paraissait considérablement exaltée du côté droit ; car on ne pouvait pas pincer tant soit peu le malade, sans qu'il contractât les muscles non paralysés de la face, et sans qu'il retirât immédiatement son membre avec vivacité. La pression exercée sur la partie inférieure de la cuisse droite paraissait aussi extrêmement douloureuse.

Le malade, d'ailleurs, était incapable de répondre aux questions qu'on lui adressait, et paraissait être étranger à tout ce qui se passait autour de lui.

Les pupilles étaient légèrement contractées ; il n'y avait pas de strabisme. Il présentait, de temps en temps, du mâchonnement ; sa langue était blanchâtre et collante ; il n'avait pas eu de vomissements ; mais il avait laissé aller sous lui des matières diarrhéiques, ainsi que les urines.

Son ventre était notablement contracté, et présentait néanmoins, un certain degré de météorisme ; il était sonore à la percussion, et présentait un peu de gargouillement général.

La peau n'était le siége d'aucune éruption ; mais on y développait parfaitement la tache cérébrale hypérémique, qui persistait très-longtemps.

La respiration s'accomplissait d'une façon inégale et convulsive ; l'inspiration était brusque et produisait un sifflement nasal qui s'entendait à distance.

L'exploration physique du thorax, très-difficile à bien faire, à cause de l'état dans lequel était le malade, ne révélait aucune grave lésion.

La peau était médiocrement chaude ; le pouls très-régulier donnait 80 pulsations par minute.

Je prescrivis vingt sangsues aux apophyses mastoïdes ; des sinapismes sur les membres inférieurs, et malgré la diarrhée, un mélange de calomel et de jalap, à la dose de cinquante centigrammes chacun.

Le 5 juillet, nous ne trouvâmes aucune amélioration. L'hémiplégie gauche était devenue complète ; l'hypéresthésie du côté droit persistait encore, et il était survenu un peu de

contracture dans les muscles du cou, de ce même côté. Le malade avait eu plusieurs garde-robes involontaires; il avait aussi uriné sous lui. Le ventre restait contracté et météorisé. La tache cérébrale hypérémique se présentait avec la même vivacité. La langue et la bouche étaient fuligineuses; le malade était plongé dans un délire comateux; la respiration était très-inégale, comme la veille, et se répétait 48 fois par minute. Le pouls commençait à devenir irrégulier, et donnait 144 pulsations.

Le 6 juillet, le malade était plongé dans le côma; la paralysie restait complète du côté gauche; la contracture persistait dans les muscles du cou du côté droit; l'hypéresthésie, que l'on constatait la veille, de ce côté, avait disparu; le malade ne donnait plus aucun signe de sensibilité; les pupilles restaient notablement contractées; le malade n'avait pas eu de vomissements, il avait eu encore une selle diarrhéique involontaire; le pouls était inégal et irrégulier, il donnait 148 pulsations; la respiration était précipitée et convulsive; elle était de 56 par minute; le malade succomba le même jour à cinq heures du soir.

L'autopsie révéla, chez ce garçon, une affection granulique tuberculisée, terminée par une méningo-encéphalite tuberculeuse.

Les plèvres pariétale et pulmonaire avaient contracté entre elles de très-nombreuses adhérences celluleuses, qui rendaient très-difficile l'extraction des poumons hors du thorax. Les deux poumons étaient le siége, dans toute leur hauteur, d'une quantité innombrable de petites granulations tuberculisées; les sommets contenaient, en outre, plusieurs gros tubercules encore à l'état de crudité, et le poumon droit présentait, à sa partie la plus élevée, une petite caverne, de la capacité d'une noisette.

Les ganglions bronchiques étaient volumineux et tuberculisés.

Le péricarde n'était le siége d'aucune granulation, ni d'aucun tubercule.

L'abdomen offrait des altérations non moins probantes que

celles du thorax ; le péritoine, en beaucoup d'endroits, avait contracté des adhérences celluleuses entre ses parties contiguës ; et sa surface présentait un grand nombre de granulations miliaires tuberculisées. Le foie était graisseux, assez volumineux, et contenait dans son intérieur plusieurs petits noyaux tuberculeux.

La rate était le siége de lésions nombreuses ; sa surface présentait des adhérences assez lâches de tissu cellulaire avec le péritoine voisin, et aussi quelques granulations tuberculisées. Mais les altérations les plus remarquables étaient dans son intérieur ; en déchirant son tissu, on mettait en relief une multitude de petites grosseurs du volume d'un grain de chènevis, qui avaient une couleur rosée à leur périphérie ; et dont le centre était grisâtre et caséeux ; en examinant à la loupe ces petites masses, on constatait qu'elles étaient constituées par une agglomération de granulations dont les plus centrales étaient complétement tuberculisées, tandis que celles qui en formaient la périphérie étaient encore demi-transparentes, et colorées par de l'hématine, ce qui leur donnait l'aspect de gelée de groseille.

Les reins étaient légèrement congestionnés, sans tuberculisation ; les ganglions mésentériques étaient volumineux et tuberculisés pour la plupart.

La membrane muqueuse du tube digestif paraissait saine ; il n'y avait aucune ulcération, ni aucune plaque tuberculeuse.

Les organes encéphaliques offraient des altérations très-considérables. Les méninges étaient épaissies, poisseuses à leur surface ; la pie-mère était très-hypérémiée dans quelques points de la convexité du cerveau ; le tissu cellulaire sous arachnoïdien était infiltré de sérosité purulente ; l'adhérence, des méninges aux circonvolutions, était telle, que l'on ne pouvait les détacher du cerveau sans entraîner avec elles des fragments de substance grise ramollie.

Sur le trajet des vaisseaux, et dans la profondeur des scissures et des circonvolutions cérébrales, il existait un nombre immense de granulations miliaires tuberculisées.

La partie latérale du lobe droit du cerveau, au niveau de la partie supérieure de la scissure de Sylvius, était très-notablement altérée ; la substance cérébrale, en cet endroit, était recouverte de pus, et convertie elle-même en une bouillie de différentes couleurs; la nuance était jaunâtre à la superficie; rougeâtre un peu plus profondément, et tout à fait noirâtre dans sa partie la plus profonde ; en ce dernier point, il semblait qu'il se fût produit de petites exhalations sanguines au dehors des vaisseaux ; et que ce fût à elles que dût être rapportée la coloration noire. Quoi qu'il en soit, le fait capital était cette encéphalite circonscrite, suppurée. Les parties centrales du cerveau ne présentaient pas de traces d'inflammation, en rapport avec l'intensité de celle de la périphérie; les ventricules ne contenaient qu'une petite quantité de sérosité limpide, et la voûte à trois piliers présentait seule un peu de ramollissement sans changements de coloration.

En réfléchissant à cette observation, et en rapprochant les lésions anatomiques des symptômes qui se sont déroulés pendant la vie, l'on doit se demander si la méningo-encéphalite suppurée, qui a tué cet individu, n'est pas directement liée à la présence des granulations tuberculisées qui encombraient toutes les anfractuosités et les scissures du cerveau. Il me paraît vraisemblable que ce garçon, atteint déjà depuis un an d'une phthisie pulmonaire, à marche lente, fut pris quatre mois environ avant le début de la méningo-encéphalite, d'une affection granulique générale, qui n'était autre que la petite maladie qui l'arrêta pendant quelque temps, et pendant laquelle il eut de fréquents vomissements, et de vives douleurs de ventre. Sans doute les produits granuleux ne tardèrent pas à se tuberculiser, sous l'influence de la phthisie, que le malade portait antérieurement; mais cette tuberculisation s'accomplissait assez lentement, et en provoquant assez peu de malaise pour que le malade ait pu reprendre et continuer son travail jusqu'au 17 juin. A cette époque, il fut pris subitement d'un violent mal de tête, et des symptômes de la méningo-encéphalite; mais il est à remarquer que ces symptômes étaient bien plus expressément en rapport avec le travail pathologique

qui s'accomplissait dans l'encéphale, qu'avec une affection granulique générale.

En considérant d'ailleurs l'état des adhérences pleurales et péritonéales, et le degré de tuberculisation des granulations, on ne peut douter que l'affection granulique ne fût déjà de date un peu ancienne ; il faudrait donc invoquer une récidive de granulie cérébrale pour expliquer l'inflammation encéphalique, si l'on ne voulait pas la considérer comme étant déterminée par l'abondance des corps étrangers, disséminés à la surface du cerveau. Cette dernière hypothèse me paraît avoir en sa faveur la présence du pus dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et dans la substance propre du cerveau; car, je l'ai déjà répété plusieurs fois, la suppuration est très-rare dans l'inflammation granulique simple; presque toujours, quand on rencontre du pus, c'est que les produits sont déjà tuberculisés, en plus ou moins grand nombre; il me paraît donc plus probable que l'inflammation cérébrale, à laquelle a succombé cet individu, soit une méningo-encéphalite tuberculeuse, occasionnée par la présence des tubercules miliaires des méninges, plutôt qu'une récidive d'affection granulique.

En définitive, l'on comprend par ce qui précède, que la maladie granulique peut se développer chez des tuberculeux, sans être autrement modifiée dans son allure, que par la tuberculisation de ses produis, au bout d'un temps plus ou moins long.

Dans le paragraphe suivant, l'on va voir que les choses se passent parfois tout différemment.

III

AFFECTION GRANULIQUE ALLIÉE A LA TUBERCULISATION AIGUE.

Pour prendre une idée juste de l'état pathologique, qui résulte de l'alliage de l'affection granulique avec la tuberculisation aiguë, et pour faire exactement la part phénoménale, propre à chacune des deux maladies qui donnent lieu, par

leur association, à l'état hybride que je veux étudier, il est indispensable de bien préciser ce que l'on doit entendre par *tuberculisation aiguë.*

En commençant l'étude de la granulie, et en insistant dans mon premier chapitre, sur la nécessité de convenir d'un nom nouveau qui séparât définitivement la maladie granuleuse de la tuberculisation, je me suis déjà prononcé sur la valeur et sur le sens qu'il me paraissait convenable de laisser au terme tuberculisation.

Par cette appellation, on ne devrait entendre, à mon avis, rien autre chose que le développement de tubercule dans l'économie; je voudrais que le tubercule fût la conséquence nécessaire de toute action pathologique dénommée de la sorte. C'est ainsi d'ailleurs que tous les pathologistes comprennent la tuberculisation sous la forme *chronique;* pourquoi sont-ils moins rigoureux, quand il s'agit de la tuberculisation aiguë? Sans doute, à cause de l'embarras et de l'incertitude que jettent sans cesse dans leur esprit, tous ces cas d'affection granulique qui viennent se mêler à la tuberculisation, et dont ils ne savent encore dévoiler l'originalité; mais actuellement, qu'une appréciation plus exacte des symptômes de la granulie permettra de ne plus l'englober dans le groupe des variétés de la phthisie, on devra réserver exclusivement l'appellation de tuberculisation aux maladies bien expressément tuberculeuses par leurs caractères anatomiques. Si donc, il ne reste plus d'ambiguïté sur la valeur du mot tuberculisation, on ne peut conserver, non plus, aucune incertitude sur le sens clinique qu'il convient d'attacher à la forme aiguë de la tuberculisation. Évidemment, ce sera la tuberculisation plus rapide dans le développement et l'évolution de ses produits, plus vive dans ses réactions et ses sympathies, plus complète dans son expression phénoménale, plus puissante dans son activité morbide.

Mais la tuberculisation chronique, qu'on ne l'oublie pas, n'a pas seulement pour symptômes, ces troubles fonctionnels qui sont en rapport direct avec le siége, le nombre et le degré des tubercules; elle a encore, pour apanage, des manifesta-

tions multiples dans l'économie, qui relèvent de la disposition générale diathésique, qui domine tout l'organisme; et, sans m'appesantir ici sur les rapports de subordination et de causalité qui peuvent exister entre la diathèse, ses produits morbides et les effets divers que l'on observe du côté de la nutrition, j'appellerai tout particulièrement l'attention sur les manifestations catarrhales de la maladie, ce qui touche immédiatement à notre sujet.

Les individus qui font, qui ont fait, ou qui feront du tubercule, ont une aptitude spéciale pour les inflammations catarrhales ; le tissu muqueux, chez eux, est d'une extrême impressionnabilité ; et il est rare qu'à un certain moment il ne donne des signes d'inflammation.

Les coryzas, les conjonctives, les pharyngo-laryngites, les bronchites et les entérites sont des symptômes tellement fréquents dans les maladies tuberculeuses, qu'ils ont été constamment la base des rapprochements qui ont eu lieu entre ces maladies et la scrofule. Dans la forme chronique de la tuberculisation, toutes les manifestations catarrhales qui lui sont propres, et qui lui font ordinairement cortége, sont lentes dans leur marche, molles et froides dans leur action, très-sujettes à récidives, et rebelles, en général, à la thérapeutique.

Or, qu'on ne le perde pas de vue, la tuberculisation, en prenant une allure aiguë, ne perd aucun de ses attributs symptomatiques; et tout ce qui constitue son contingent phénoménal à l'état chronique, se retrouve au complet à l'état aigu ; il faut donc bien le savoir : toutes les déterminations catarrhales, qui relèvent de l'affection tuberculeuse et qui ne sont contestées par personne, dans la forme chronique, se répètent avec non moins de fréquence, dans la forme aiguë. Il en résulte que la tuberculisation aiguë est une maladie essentiellement catarrhale ; et, je ne saurais trop le redire, l'élément catarrhal, loin de lui être accidentel, est, au contraire, un de ses éléments les plus constants ; il est presque nécessaire à l'acuité de l'affection.

Cette notion est capitale dans l'histoire de la tuberculisation

aiguë, et elle était indispensable à l'intelligence des faits dont j'ai à parler.

Les auteurs qui se sont occupés de la *phthisie* aiguë, n'ont pas méconnu, pour la plupart, l'élément catarrhal de la maladie ; seulement comme, d'une part, ils embrassaient dans une appellation commune, la tuberculisation aiguë et l'affection granulique, et comme, d'autre part, cette dernière maladie n'a aucune affinité pour les membranes muqueuses, et qu'elle n'est jamais catarrhale, ils ont attribué l'état catarrhal de la maladie, si ce n'est à une sorte de complication, du moins à la spécialité de la forme ; et, par opposition à la forme typhoïde, ils ont admis aussi à la phthisie galopante une forme *catarrhale.*

Or, cette forme catarrhale de la tuberculisation aiguë, existe en dehors de toute espèce d'inflammation granulique, et par le seul fait de l'acuïté de la maladie ; mais elle peut aussi s'associer à la granulie, et, combiner avec elle, ses symptômes, de manière à produire un état pathologique complexe, qui a été jusqu'ici assez mal interprété par les auteurs.

Pour faire mieux comprendre le résultat symptomatique de l'association des deux maladies, un mot me paraît encore nécessaire, sur la forme *aiguë* de la tuberculisation simple.

La tuberculisation aiguë peut être primitivement telle, comme elle peut aussi succéder à la forme chronique ; dans les deux cas, les symptômes caractéristiques de l'état aigu sont sensiblement les mêmes.

Le premier effet du molimen pathologique, se traduit souvent sur la membrane muqueuse broncho-pulmonaire, par une violente congestion, et par des hémoptysies abondantes et prolongées ; la fièvre s'allume bientôt ; le pouls prend de la fréquence ; la peau s'humecte, le malade tousse de plus en plus ; son expectoration est abondante ; elle se compose de petites masses opaques, pelotonnées sur elles-mêmes, qui nagent dans un liquide incolore, finement aéré et un peu visqueux.

Déjà des signes physiques d'une haute valeur se montrent dans le thorax, et caractérisent, dans le sommet des poumons,

quelques tubercules, en voie de ramollissement ; les lésions se multiplient et s'agrandissent de plus en plus, en même temps qu'une bronchite générale fournit, à l'auscultation, de nombreux râles humides et sibilants, et en même temps, aussi, que la respiration s'accélère et se précipite.

La bouche est pâteuse, les sécrétions buccales sont fades et abondantes ; la langue est large, blanchâtre, et assez mollasse pour recevoir l'empreinte des dents. La soif est modérée, l'appétit est capricieux, mais non complétement nul ; la muqueuse intestinale s'humecte à l'instar de la peau, et une diarrhée catarrhale s'établit, sans coliques et sans spasmes.

La nutrition, profondément frappée dès le début du mal, s'altère de plus en plus ; le malade maigrit avec une rapidité extrême ; ses chairs s'amoindrissent de jour en jour, et il devient la proie d'une consomption terrible. Cependant, au milieu du désordre général, apporté dans les fonctions organiques, l'intelligence conserve sa pureté ; les sens ne sont point troublés, et le malade assiste, jusqu'au bout, à la dégradation progressive de son être physique.

Voilà quels sont les traits les plus saillants de la tuberculisation aiguë, et je laisse à juger de combien ils diffèrent de ceux de la granulie, telle que j'en ai tracé précédemment le tableau sous ses différentes formes.

Indépendamment de la rapidité d'évolution de ses produits spécifiques, l'acuïté de l'une consiste essentiellement en des phlegmasies muqueuses, tandis que l'autre tire presque tous ses caractères de la phlegmasie des membranes séreuses ; d'où il résulte que les deux maladies diffèrent entre elles par le siége de leur détermination locale, par leurs produits spécifiques et par leurs symptômes.

Voyons actuellement quel ensemble de symptômes elles déterminent lorsqu'elles sévissent simultanément sur le même individu.

Au n° 6 de la salle Saint-Benjamin, entrait, le 19 avril 1863, un garçon âgé de 23 ans, exerçant l'état de forgeron. Il était naturellement un peu maigre, mais d'une bonne constitution ; il n'avait pas d'antécédent de phthisie dans sa famille, et lui-

même s'était, jusqu'alors, toujours bien porté. Cependant ses ongles avaient une légère tendance à la conformation hippocratique, et son teint était naturellement pâle ; mais l'habitude d'être constamment exposé au foyer de la forge, n'était sans doute pas étrangère à la décoloration de son teint.

Il nous racontait que sa maladie avait débuté brusquement, le 4 avril, par une hémoptysie ; il avait rendu, tout d'abord, le sang à pleine bouche ; puis il était survenu de la toux, accompagnée de crachats rutilants et mousseux. Presque aussitôt, il avait pris de la fièvre et du malaise ; il avait perdu l'appétit ; sa respiration était devenue très-pénible, et il s'était mis au lit, qu'il n'avait pas quitté jusqu'à son entrée à la Pitié.

Je le vis, le 20 avril, seizième jour de la maladie ; il était dans l'état suivant : Son apparence était cachectique ; il était pâle, et fortement amaigri ; il nous disait se sentir extrêmement faible ; il était très-oppressé ; la respiration était rapide et fréquente ; il toussait très-souvent ; son crachoir était à demi rempli d'une expectoration qui offrait divers caractères : la plus grande quantité consistait dans un liquide incolore, très-mousseux, qui adhérait en partie au pourtour du vase ; au milieu de ce liquide nageait une assez grande quantité de petits crachats opaques, d'une coloration jaunâtre ; puis d'autres crachats analogues à ceux-ci, mais plus ou moins panachés par du sang ; enfin quelques crachats tout à fait hémoptoïques, mousseux et très-rouges.

Il n'avait d'ailleurs aucun point de côté, ni aucune douleur thoracique ; mais il disait qu'il étouffait. Aucun bruit respiratoire ne se faisait entendre à distance. L'examen extérieur du thorax ne fournissait aucun signe, autre qu'une émaciation très-considérable ; la percussion donnait une sonorité très-médiocre aux sommets de la poitrine, tant en avant qu'en arrière ; mais aucune différence notable entre l'un et l'autre côté.

L'auscultation faisait entendre de petits gargouillements dans les fosses sus-épineuses et dans les régions claviculaires, et de plus des râles humides et sibilants dans toute la hau-

teur des poumons. Rien de particulier dans la transmission de la voix, ni dans les vibrations thoraciques.

Le malade avait l'apparence très-fatiguée, et sa physionomie avait un certain cachet de stupeur; cependant son intelligence était parfaitement nette; il n'avait pas mal à la tête; il dormait très-mal, ce qu'il attribuait à la toux qui l'obsédait et le réveillait incessamment; il n'avait pas de bruits d'oreilles; il n'avait pas saigné du nez et n'avait aucun trouble de la vue.

Il n'éprouvait aucune douleur, ni aucune exagération de la sensibilité; mais il accusait une faiblesse extrême, qui n'était survenue, affirmait-il, que depuis les derniers jours. Jusqu'au 4 avril, il était très-fort et très-bon ouvrier.

Il avait de la soif, sa langue était sèche et fuligineuse; il avait un dégoût profond pour toute chose, et ne voulait pas prendre même un peu de bouillon.

Il n'avait pas eu de vomissements; depuis quelques jours, il avait de la diarrhée, sans coliques. Le ventre était aplati, indolent; on y produisait par la palpation un peu de gargouillement général.

La peau n'était le siége d'aucune éruption; elle était chaude et moite; on n'y voyait pas de sudamina, bien que le malade transpirât beaucoup par moments. En traçant avec le doigt des lignes sur la peau du ventre et sur celles des cuisses, on y déterminait une vive traînée hypérémique qui durait très-longtemps, bien que le malade n'éprouvât aucun symptôme cérébral.

Le pouls était petit et fréquent; le cœur n'offrait rien de notable; les urines étaient abondantes, foncées en couleur, et ne contenaient ni sucre, ni albumine.

Ce malade a servi de texte à notre conférence clinique : appuyant mon diagnostic sur la brusquerie du début de l'affection, sur les hémoptysies, par lesquelles elle fit invasion; sur la bronchite générale qui succéda presque immédiatement aux crachements de sang; sur les petits gargouillements du sommet des poumons; sur les caractères variés de l'expectoration; sur l'état général aigu du malade; sur les

sueurs et sur la consomption rapide qu'il éprouvait, je pensai qu'il était atteint d'un phthisie aiguë, et je le présentai aux élèves, comme un exemple de la forme catarrhale de cette maladie, décrite par les auteurs.

Je n'admis, chez lui, qu'avec réserve, la simultanéité d'une affection granulique; je n'en trouvais, en effet, qu'un très-petit nombre de signes; ceux qui s'observent ordinairement du côté du système nerveux, faisaient totalement défaut; il n'y avait non plus aucune douleur pleurétique, ni aucun symptôme péritonéal. Cependant, l'état maladif si prononcé du malade, la sécheresse de la langue, les fuliginosités buccales, le profond dégoût pour toutes choses ; les raies hypérémiques si faciles à produire sur la peau, son adynamisme profond furent tout autant de raisons qui me portèrent à admettre la possibilité, chez lui, d'une affection granulique simultanée.

On lui fit quelques applications de ventouses sèches sur le thorax, qui n'apportèrent aucune amélioration.

Son état s'aggrava d'heure en heure, la dyspnée devint extrême, en même temps que la consomption faisait d'effrayants progrès ; le malade refusait obstinément de prendre tout ce qu'on lui offrait ; il s'éteignit le 27 avril, vingt-cinquième jour de la maladie.

L'autopsie nous révéla la double affection que j'avais soupçonnée, une tuberculisation aiguë, accompagnée de granulie. Cette dernière presque exclusivement thoracique.

Les plèvres présentaient un très-grand nombre de filaments celluleux entre les deux feuillets; il n'y avait dans leur cavité aucune trace d'épanchement ; leur surface pulmonaire présentait un nombre considérable de petites granulations fibro-plastiques. Les deux poumons étaient le siége de lésions tuberculeuses à tous les degrés; le poumon droit présentait dans son tiers supérieur des milliers de petites cavernes, résultant de tubercules miliaires, dont la substance ramollie avait été déjà expulsée ; à son sommet, il existait aussi trois à quatre petites cavernes, plus spacieuses, dues à des tubercules plus gros. Quelques tubercules caséeux, d'inégales gros-

seurs, se rencontraient aussi dans la partie supérieure. Tout le reste du poumon était rempli d'une quantité innombrable de tubercules miliaires, les uns en voie de ramollissement, les autres encore durs et à l'état de crudité ; d'autres enfin encore à l'état de granulations non tuberculisées. Le travail de tuberculisation s'était accompli évidemment de haut en bas, car dans le sommet, toutes les granulations étaient tuberculisées, et il n'en existait plus, à l'état demi-transparent, qu'à la base.

Le poumon gauche était le siége de lésions de même nature ; mais celles-ci étaient un peu moins avancées dans leur évolution que du côté droit ; plusieurs petites cavernes en occupaient la partie supérieure ; mais la plupart des tubercules miliaires étaient encore à l'état de crudité, et presque toutes les granulations du lobe inférieur étaient d'origine toute récente, et encore molles et demi-transparentes.

La membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches, était très-notablement hypérémiée ; les ganglions bronchiques étaient tuméfiés ; quelques-uns étaient congestionnés à l'intérieur, rougeâtres et un peu mous ; aucun d'eux ne présentait de granulations ni de tubercules.

Le cœur et le péricarde ne présentaient rien de particulier.

Les organes encéphaliques n'offraient aucune lésion.

La surface du péritoine était un peu gluante ; mais on n'y remarquait ni adhérences, ni granulations. La surface seule de la rate était le siége de quelques granulations fibro-plastiques toutes récentes. La membrane muqueuse gastro-intestinale n'offrait rien de particulier ; il n'y avait dans les parois du tube digestif ni granulations, ni tubercules.

On conçoit facilement que si, pour constituer l'histoire de la granulie, je n'avais eu que des observations du genre de cette dernière, il m'eût été presque impossible d'isoler cette maladie de la tuberculisation aiguë. En effet, il semble, en pareil cas, que les granulations soient bien la même chose que les tubercules, puisque de bas en haut on les trouve à l'état naissant demi-transparent, plus haut, à l'état de crudité, et tout à fait en haut du poumon, ramollis et à l'état de

petites cavernes miliaires ; là, la tuberculisation des granulations peut être suivie, pour ainsi dire, pas à pas ; et elle ne pourrait être contestée par personne ; on s'explique à merveille comment les auteurs, qui ont étudié des faits semblables, n'y ont vu qu'une phthisie galopante, et comment, ne prenant en considération que l'état général, ils y ont vu une forme catarrhale de la maladie, par opposition à la forme typhoïde ; ce qui pourrait seulement étonner, c'est qu'en pareille occurrence, et en ne reconnaissant entre cette maladie et la phthisie galopante typhoïde qu'une différence de forme, un clinicien, aussi expert que M. le professeur Trousseau, ait pu imprimer dans son livre, en s'appuyant il est vrai sur l'autorité de son collègue, M. Robin, que les granulations fibro-plastiques de la phthisie galopante, ne se transformaient que très-exceptionnellement en tubercules.

De tels faits sont cependant bien de nature à convaincre les plus incrédules de l'envahissement des granulations par la matière tuberculeuse, et je n'y insiste pas !

Les faits que je vais rapporter actuellement vont montrer l'affection granulique mieux dessinée au milieu des symptômes de la tuberculisation aiguë.

L'observation suivante est un exemple de tuberculisation chronique, qui prend brusquement une allure aiguë, en même temps que se déclare, chez le malade, une affection granulique beaucoup plus généralisée que dans le cas précédent.

Le nommé Jules P., âgé de dix-sept ans, journalier, entra dans mon service le 18 septembre 1863. D'une taille et d'une constitution moyennes, d'un tempérament lymphatique, ce garçon, qui a toujours habité Paris, s'enrhume assez facilement depuis plusieurs années. Son père et sa mère vivent encore, et jouissent tous deux d'une bonne santé.

L'hiver dernier, il a contracté un rhume pendant lequel il a craché le sang plusieurs fois, et depuis lequel il a constamment toussé. Depuis plusieurs mois, il trouve qu'il a un peu maigri, et qu'il s'est notablement affaibli, bien que cepen-

dant il ait pu continuer à travailler, et qu'il ait toujours mangé de bon appétit.

Il y a une quinzaine de jours, il a été pris d'une nouvelle hémoptysie, et il a craché, pendant huit jours, du sang très-rouge et mousseux; depuis ce dernier accident, il se trouve plus faible qu'auparavant, et se décide à entrer à l'hôpital, n'ayant pas le moyen de suivre un traitement en ville.

Lors de son entrée il est assez pâle, ce qu'il attribue à ses derniers crachements de sang; il ne paraît pas avoir beaucoup maigri, car ses chairs sont fermes, et sa peau est lisse et sans flaccidité; son intelligence est parfaitement nette, et il n'éprouve aucun symptôme du côté de l'innervation; il a bon appétit, il digère bien, il n'a pas de diarrhée, il n'a pas de fièvre et ne sue pas la nuit; il tousse souvent, et il rend une assez grande quantité de crachats épais, opaques, d'une couleur grisâtre. Il ne paraît pas avoir d'oppression, et la respiration n'est pas accélérée.

La conformation du thorax n'offre rien de particulier; les parois ne sont pas sensiblement amaigries; les dépressions sus et sous-claviculaires sont peu dessinées.

La percussion fournit un son notablement moindre au sommet de la poitrine du côté gauche, que du côté droit, tant en avant qu'en arrière.

L'auscultation fait reconnaître, sous la clavicule gauche, une respiration caverneuse, mélangée de gros gargouillements, et dans la fosse sus-épineuse du même côté, de nombreuses bulles, humides et inégales.

Du côté droit, on entend une respiration rude, et de petits craquements humides, plus nombreux dans la région sous-claviculaire, que dans la fosse sus-épineuse.

Le retentissement de la voix et de la toux est plus rude au côté gauche qu'au sommet du côté opposé.

La partie moyenne et inférieure de la poitrine ne fournit aucun signe à l'auscultation.

Ce malade était évidemment atteint d'une tuberculisation pulmonaire; il avait des tubercules, parvenus au troisième dégré, du côté gauche, et en voie de ramollissement du côté

droit. Ce qu'il y avait de particulier chez lui, c'était le peu de rapport de l'état général avec les lésions locales : non-seulement la tuberculisation pulmonaire avait été jusque-là apyrétique, mais, à l'exception d'un peu de pâleur attribuée aux crachements de sang, et qui n'était point accompagnée de bruits de souffle au cœur ni dans les vaisseaux, et d'un peu d'affaiblissement musculaire, accusé par le malade, l'état général était véritablement très-bon.

Le traitement auquel il fut soumis, consiste en tisane de lichen, sirop d'iodure de potassium, huile de foie de morue, inspirations de vapeurs iodées et bon régime alimentaire.

Pendant la fin du mois de septembre, et la première moitié du mois d'octobre, l'état de ce malade restait à peu près stationnaire ; l'état général se conservait très-bon, et les lésions locales ne paraissaient faire aucun progrès en mal. Tout à coup, ce garçon tomba malade ; lui, qui se levait tout le jour, et qui mangeait jusque-là avec bon appétit, fut obligé de rester couché. Il prit de la fièvre ; son pouls devint fréquent et sa peau chaude ; il éprouva du malaise général ; il perdit complétement l'appétit, éprouva de la soif ; sa langue devint pâteuse et blanchâtre ; aucun signe nouveau ne dénotait une aggravation du côté des voies respiratoires.

Pour combattre cet état de gastricité fébrile, on modifia le traitement suivi jusqu'alors, et l'on fit prendre au malade l'ipécacuanha ; il eut plusieurs vomissements, qui n'apportèrent aucun bien : on revint à trois reprises, à l'ipécacuanha, ce qui ne modifia en rien l'état gastrique du malade.

Cependant le malade prenait peu à peu de l'oppression ; sa respiration devenait plus fréquente, il toussait davantage ; et son expectoration, en devenant plus abondante, se modifiait en qualité ; une matière aqueuse, incolore, légèrement visqueuse, et recouverte d'une mousse très-fine, remplissait le crachoir, et tenait en suspension, en grande quantité, des crachats grisâtres et opaques, qui existaient dès l'entrée du malade à l'hôpital ; ces derniers nageaient dans le liquide en formant de petites boules inégales.

L'auscultation assignait en même temps des modifications

pathologiques importantes; indépendamment des signes, précédemment indiqués, et relatifs à la tuberculisation des sommets des poumons, on entendait, dans toute l'étendue des poumons, de très-nombreux râles sibilants et humides, témoignant d'une bronchite intense généralisée.

La fièvre prenait de plus en plus de vivacité; le pouls dépassait cent pulsations par minute; la peau devenait moite, et par instants, elle était couverte de sueur. L'intelligence n'était toujours pas touchée, et le malade n'éprouvait aucun trouble des sens; mais il ne dormait plus, et il éprouvait un sentiment de malaise et de faiblesse très-considérable.

La langue restait chargée et épaissie; son dégoût pour les aliments était insurmontable; il n'avait pas vomi depuis la dernière prise d'ipécacuanha, mais il éprouvait une diarrhée fréquente.

On appliqua sur la poitrine plusieurs vésicatoires volants, qui n'apportèrent aucune amélioration; on employa le nitrate de Bismuth qui ne fit point disparaître la diarrhée, et jusqu'au 19 novembre, le malade ne présenta rien d'autre que cet état catarrhal aigu, accompagné d'un amaigrissement de plus en plus prononcé.

Le 19 novembre, la maladie prit un aspect plus grave; ses effets s'étendirent sur les fonctions nerveuses, et quelques symptômes nouveaux apparurent. A ma visite, je trouvai le malade dans l'état suivant :

Il était dans une grande anxiété; sa physionomie exprimait à la fois la stupeur et l'inquiétude; il accusait un malaise douloureux indéfinissable; l'excitabilité nerveuse était très-exaltée; cependant l'intelligence était conservée, et il disait ne pas souffrir de la tête et n'avoir aucun trouble de l'ouïe. Les pupilles étaient très-dilatées, bien que la clarté du jour incommodât le malade; la peau de tout le corps, et tout spécialement celle du ventre et des cuisses, était le siége d'une hypéresthésie très-prononcée; on ne pouvait à peine toucher la peau sans causer une douleur brûlante; l'hypéresthésie s'étendait aux masses musculaires des cuisses et des jambes; la moindre pression excitait une douleur que le malade expri-

mait en poussant des gémissements et en contractant ses muscles faciaux, de façon à produire une abominable grimace.

Il n'y avait, du reste, ni contracture ni paralysie musculaire.

Le malade avait de la soif, sa langue était collante, et il n'avait pas eu de vomissement; la diarrhée persistait sans coliques; le ventre était très-aplati et incurvé d'une crête iliaque à l'autre; il était partout très-sensible à la palpation.

La respiration était précipitée, et le malade éprouvait une oppression considérable; la toux était fréquente, l'expectoration toujours abondante, conservait les mêmes caractères qui ont été indiqués. L'auscultation révélait de nombreux gargouillements dans le sommet des deux poumons, et des râles humides et sibilants très-abondants dans toute la poitrine.

Le pouls était très-régulier et donnait 100 pulsations par minute.

La peau était chaude et moite, et ne présentait aucune éruption.

La tache cérébrale hypérémique se montrait avec vivacité sur la peau du ventre, du thorax et des cuisses, et persistait longtemps, bien que le malade n'éprouvât ni mal de tête, ni troubles de l'intelligence.

Je fis remarquer alors aux personnes qui suivaient ma clinique, combien l'état de ce garçon s'était successivement modifié, et combien sa maladie était actuellement différente de ce qu'elle était au moment de son entrée dans mon service; je cherchai à faire ressortir devant eux toutes les différences qui éloignaient son nouvel état de maladie de la phthisie rapide sans complication granulique, telle que nous l'observions chez d'autres individus; et j'attirai particulièrement leur attention, d'une part, sur l'état catarrhal de la maladie qui, jusqu'alors ne s'était pas montré chez ceux de nos malades qui avaient succombé à la forme typhoïde ou cérébrale de l'affection granulique sans tuberculisation; et d'autre part, j'appelai également leur attention sur tous les symptômes de la maladie granulique, qui se déroulaient successivement et qui ne pouvaient appartenir à la

phthisie pulmonaire simple, si rapide qu'elle soit dans sa marche; telles étaient particulièrement, leur disais-je, la photophobie, liée à la dilatation exagérée des pupilles; l'excitabilité si exaltée du système nerveux; l'hypéresthésie cutanée et musculaire si considérable; la sensibilité du ventre s'exagérant, en même temps qu'il s'aplatissait et s'incurvait en carène; enfin la tache hypérémique qui se dessinait d'une façon si remarquable, et en l'absence de troubles intellectuels. Prenant en considération tous ces nouveaux symptômes, je pensai qu'il s'était développé une granulie, qui marchait de pair, chez ce malade, avec la tuberculisation devenue elle-même très-aiguë, depuis cette complication.

Voici effectivement comment les choses se passèrent :

A partir du 20 novembre, tous les symptômes de la granulie s'accentuèrent de plus en plus, en se combinant avec ceux de la phthisie aiguë; le pouls prit chaque jour plus de fréquence; il monta successivement à 112, 118 et 120 pulsations. La bronchite conserva toute son intensité, et par l'abondance de son produit catarrhal, elle continua à rendre la respiration de plus en plus difficile et fréquente; en même temps les signes physiques, fournis par l'auscultation, indiquaient la multiplication et l'aggravation des désordres causés dans les parties supérieures des poumons par la tuberculisation.

Les fonctions du système nerveux étaient fortement ébranlées; le malade était en proie à un mélange d'adynamie et d'excitabilité nerveuse assez singulier; il se sentait tellement faible qu'il pouvait à peine se tenir sur son séant; néanmoins le moindre attouchement, la plus petite pression exercée sur ses tissus, éveillaient une vive hypéresthésie et des douleurs intolérables.

Cependant l'inappétence, la viscosité des sécrétions buccales et la diarrhée persistaient toujours, en même temps que la consomption faisait de jour en jour d'effroyables progrès.

Du 22 au 25 novembre, un nouveau symptôme, qui me parut avoir sa raison dans l'état pathologique du cerveau, se manifesta plusieurs fois; le malade eut des vomissements fréquents, coïncidant avec une diminution dans la diarrhée

et une rétraction des parois du ventre, de plus en plus prononcée. Néanmoins, il n'avait encore ni délire, ni somnolence, ni ralentissement, ni irrégularité du pouls qui prenait au contraire une fréquence extrême, et battait 140 fois par minute.

Le 26 novembre, la dyspnée devint excessive ; les sécrétions bronchiques s'accumulaient dans les tuyaux aériens, et donnaient lieu à une suffocation imminente ; déjà une teinte cyanosée s'emparait des extrémités, qui se refroidissaient peu à peu, et le malade succomba, à six heures du soir, à une asphyxie progressive, en conservant son intelligence et sa connaissance presque jusqu'au dernier moment.

L'examen nécroscopique confirma, de tous points, le diagnostic qui avait été posé : les organes encéphaliques portaient les traces de l'affection granulique qui les avait frappés tout récemment ; et les viscères du thorax et de l'abdomen montraient, à des degrés divers, les lésions spécifiques propres à la granulie et à la tuberculisation.

La surface libre de l'arachnoïde était lubréfiée par une lymphe visqueuse, qui rendait cette membrane un peu poisseuse au toucher ; le tissu cellulo-vasculaire sous-jacent était notablement hypérémié, sans aucune trace de pus, ni de fausses membranes. Dans aucun point de la pie-mère, ni de l'arachnoïde, l'on ne découvrait de granulations fibro-plastiques, ni de tubercules miliaires : le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, qui accompagne les vaisseaux dans les anfractuosités cérébrales et dans les différentes scissures, était bien un peu imprégné de lymphe visqueuse, mais sans aucun dépôt granuleux.

Le cerveau, débarrassé de ses membranes, n'offrait à sa périphérie aucune altération de consistance ni de couleur ; mais à l'intérieur, il présentait des lésions d'une valeur considérable ; le corps calleux, la voûte à trois piliers, le septum lucidum, et la paroi externe des ventricules latéraux offraient un ramollissement blanc très-prononcé ; la capacité des ventricules ne paraissait pas accrue ; ils ne contenaient qu'une très-petite quantité de sérosité limpide ; la toile choroïdienne

et les plexus choroïdes étaient un peu visqueux ; ces derniers étaient le siége de plusieurs petits kystes, contenant un liquide limpide et incolore ; mais on n'y rencontrait ni granulations, ni tubercules.

J'ai appelé l'attention sur le peu de rapport qui existe entre le ramollissement des parties centrales du cerveau et la quantité de liquide contenu dans les cavités ventriculaires.

Déjà, Dance, par plusieurs des observations contenues dans son travail sur l'*hydrocéphale aiguë*, avait montré que le ramollissement pouvait exister avec très-peu de liquide ventriculaire, comme, par contre, le liquide ventriculaire pouvait être très-abondant, bien qu'il n'y eût que peu ou point de ramollissement cérébral. Le fait que je rapporte ici confirme cette assertion.

Les plèvres pariétales et pulmonaires présentent des granulations complétement converties en tubercules miliaires ; celles-ci occupent particulièrement la plèvre viscérale, et ses régions les plus élevées ; on y trouve également un bon nombre de granulations, d'origine plus récente, et qui sont encore à l'état fibro-plastique ; celles-là occupent surtout la plèvre diaphragmatique et pariétale, et les parties les plus basses de la séreuse pulmonaire. On y voit enfin quelques petites masses granuleuses assez molles, de coloration grisâtre, qui ne paraissent être autre chose que les granulations inflammatoires, décrites par M. le professeur Robin, et qui sont presque exclusivement constituées par un peu de fibrine coagulée.

Les poumons enlevés du thorax conservent à peu près leur volume ; ils ne s'affaissent pas sur eux-mêmes ; leur partie supérieure est remplie de cavernes tuberculeuses plus ou moins vastes ; celles qui occupent le poumon gauche sont plus nombreuses et plus grandes que du côté droit ; tout le parenchyme pulmonaire est infiltré d'une quantité innombrable de tubercules miliaires, à différents degrés, tous plus gros et plus avancés vers la partie supérieure que vers la base du poumon. On n'y trouve, pour ainsi dire, aucune granulation, si petite qu'elle soit, qui ne soit déjà tuberculisée.

La membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des

bronches, est très-notablement hypérémiée, et les petites bronches sont remplies de mucus diffluent et mousseux.

Les ganglions bronchiques sont gros, et partiellement tuberculisés ; le péricarde contient un peu de sérosité limpide ; il ne présente aucune granulation ni aucun tubercule.

Le péritoine ne présente aucun changement de couleur ; sa surface est parsemée d'un grand nombre de petites granulations fibro-plastiques, non tuberculisées ; il n'y en a aucune à l'intérieur de la rate, dont le tissu est assez mou et congestionné.

Le foie est gros et gras, sans trace de tuberculisation.

La membrane muqueuse intestinale est notablement hypérémiée dans toute son étendue, et présente un assez grand nombre de petites ulcérations superficielles, sans plaques tuberculeuses sous-jacentes.

Les ganglions mésentériques sont très-gros et assez mous : aucun d'eux ne présente de tuberculisation.

Les organes génito-urinaires ne présentent rien de notable.

L'observation qui précède n'est pas seulement intéressante à cause de la simultanéité des deux maladies, chez le même individu ; mais encore à cause de l'état dans lequel elle nous montre les organes encéphaliques, au septième jour de l'apparition des premiers troubles de l'innervation cérébrale ; c'est le 19 novembre, on se le rappelle, que le malade est pris d'une vive excitabilité nerveuse ; il éprouve du côté de la peau une hypéresthésie très-marquée ; les pupilles se dilatent, et la lumière impressionne douloureusement la vue ; le malade exprime sa douleur, dès qu'on lui touche la peau ou qu'on lui presse tant soit peu les cuisses, par une grimace de tous ses traits ; enfin le ventre s'aplatit, s'incurve en carène, et le 22 novembre apparaissent les vomissements. Il ne sera douteux pour personne que tous ces symptômes ne fussent le signal et l'effet de ce qu'on appelle la fièvre cérébrale ; or, les lésions pulmonaires, en précipitant l'issue funeste de la maladie, nous permettent de constater les lésions cérébrales à un degré de leur évolution, où l'on n'a guère occasion de les rencontrer, chez ceux qui meurent de la maladie par le cer-

veau. J'appelle donc très-expressément l'attention du lecteur sur l'absence de toutes espèces de granulations, ou de tubercules dans les méninges, qui puissent être considérés comme une cause d'appel fluxionnaire, et comme ayant pu déterminer, par leur présence, une méningo-encéphalite.

L'inflammation de l'encéphale est évidemment primitive dans ce cas, et les granulations ne s'y fussent rencontrées que si le malade eût vécu assez longtemps, pour qu'elles aient eu le temps de s'y produire.

Chez un autre individu tuberculeux, âgé de vingt et un ans, qui était entré dans mon service le 1er mars 1864, je vis se développer encore sous mes yeux une affection granulique, qui s'associa à la tuberculisation aiguë, de manière à donner lieu à un ensemble de symptômes très-analogue à celui des fièvres catarrhales des anciennes pyrétologies.

Ce garçon était ébéniste ; il avait les apparences d'une bonne constitution, et il avait conservé assez d'embonpoint, jusqu'au moment où il vint réclamer nos soins.

Il nous raconta qu'ayant pris un rhume à l'entrée de l'hiver, il avait toussé constamment depuis; et que, bien que son rhume ne le gênât pas beaucoup dans les commencements, il s'apercevait depuis quelques semaines, que cela le fatiguait; qu'il maigrissait un peu, et qu'il perdait ses forces; que, néanmoins, jusqu'à ces derniers jours, il avait continué à travailler et à bien manger.

Depuis quatre ou cinq jours seulement, sa santé générale s'était totalement altérée; il avait eu de la fièvre, du mal de tête, de la soif, de l'inappétence et un peu de diarrhée; il se sentait malade.

Lors de mon premier examen, il avait la tête lourde, sans aucun trouble des sens; étant debout, il avait de la tendance aux vertiges, ce qui ne l'avait pas empêché de venir à pied jusqu'à l'hôpital; il avait, disait-il, presque complétement perdu le sommeil, et s'il s'assoupissait, il rêvait immédiatement avec agitation; sa soif était modérée, la langue était large, blanchâtre, et conservait en partie l'empreinte des dents; il n'avait pas eu de nausées, ni de vomissements;

mais il ne se sentait de goût à rien, et il ne désirait pas manger.

Son ventre était souple, sans météorisme et sans gargouillement; il était partout un peu sensible à la palpation, particulièrement dans la région des flancs. On ne découvrait aucune tache lenticulaire; il avait eu depuis la veille deux garde-robes liquides.

Le malade toussait; il ne paraissait pas gêné de la respiration; cependant il nous disait que depuis plusieurs jours, il sentait sa poitrine serrée, et qu'il avait même un peu de douleur dans le côté droit; il avait rendu quelques crachats muqueux, opaques, d'un jaune verdâtre, qui se trouvaient dans le crachoir.

La conformation du thorax n'offrait rien de spécial. La percussion donnait une légère matité dans la région sous-claviculaire du côté gauche, et dans cet endroit, la respiration était obscure et mélangée de craquements humides nombreux; on entendait même, dans la partie la plus externe de la région sous-clavière, un gargouillement bien caractérisé.

Les vibrations thoraciques étaient aussi notablement accrues dans ce point de la poitrine. Du côté droit, la percussion donnait une matité assez complète dans le tiers inférieur de la poitrine, et dans la même étendue, la respiration était à peu près nulle, sans bruit accidentel et sans chevrotement de la voix; en appliquant la main sur cette partie du thorax, et en faisant parler le malade, on y constatait une diminution considérable dans les vibrations de ses parois.

La fièvre était d'ailleurs modérée : le pouls donnait 96 pulsations par minute; la peau était moite, et d'une température peu élevée.

Les taches cérébrales hypérémiques se produisaient très-rapidement et avec vivacité, sur la peau que l'on venait de rayer avec la face dorsale de l'ongle.

Il me parut incontestable que ce garçon portait, au sommet du poumon gauche, des tubercules au troisième degré, et une pleurésie du côté droit. Mais quelle était la valeur de l'état général qui accompagnait ces lésions; avait-il sa raison dans

la pleurésie? Etait-il sympathique de la vivacité et de l'étendue de l'inflammation pleurale? Ou bien, au contraire, dominait-il celle-ci?

Prenant en considération, d'une part, l'absence de frisson initial, dans l'état aigu qui s'était déclaré depuis quatre à cinq jours, le peu de vivacité de la douleur, le peu d'oppression du malade, et, d'autre part, les symptômes qui ne paraissaient pas pouvoir être subordonnés à la pleurésie, tels que la lourdeur de tête, la tendance aux vertiges, l'insomnie, la diarrhée, la sensibilité générale du ventre, et en dernier lieu, la tache hypérémique, j'inclinai vers l'idée que nous avions affaire à une affection granulique, venant compliquer une tuberculisation chronique.

Le diagnostic fut confirmé de jour en jour par la marche de la maladie; l'état catarrhal domina jusqu'au bout toute la scène pathologique; à mesure que l'évolution des tubercules prenait une allure plus rapide, le catarrhe bronchique se généralisait davantage, et prenait lui-même plus d'acuité; la toux, rare dans les commencements, devenait de plus en plus fréquente, et s'accompagnait d'une expectoration abondante; aux signes physiques précédemment indiqués venaient s'ajouter des râles sibilants nombreux, et quelques gargouillements pleurétiques.

En même temps le malade s'affaiblissait considérablement, comme s'il se fût agi d'une de ces pyrexies graves qui terrassent dès leur invasion les forces en action, et déterminent une adynamie qui n'a de rapport ni avec la courte durée du mal, ni avec le peu d'amaigrissement du sujet.

Le pouls était médiocrement fréquent, et oscillait chaque jour de 92 à 100 pulsations; la peau, constamment moite, ne devenait le siége d'aucune éruption; la tache cérébrale hypérémique y était toujours facile à développer, malgré l'absence des symptômes cérébraux, ceux-ci se résumant tous dans l'insomnie et dans une très-légère céphalalgie.

Les fonctions digestives restaient profondément troublées; le malade avait la bouche pâteuse, la langue blanche, et il éprouvait un profond dégoût pour toutes choses; il ne prenait

quelques cuillerées de potage qu'avec une extrême répugnance; il n'eut jamais de vomissements, mais des alternatives de diarrhée et de constipation; le ventre resta sensible à la palpation jusqu'au terme fatal, sans météorisme exagéré et sans rétraction de ses parois.

L'état catarrhal, qui était venu surprendre la tuberculisation pulmonaire dans sa marche chronique, et qui s'était associé à elle dans son acuité, persista jusqu'à la fin. Le 16 avril, après six semaines de maladie aiguë, ce garçon succomba d'une façon inopinée; c'est-à-dire, qu'après s'être présenté le matin à ma visite, dans des conditions apparemment semblables à celles où il était les jours précédents, et sans qu'il fût survenu de nouveaux troubles dans l'innervation, ni d'aggravation subite dans l'état des voies respiratoires, il mourut instantanément dans la soirée.

L'ouverture du thorax fit constater, à droite, des fausses membranes épaisses et très-adhérentes entre les deux feuillets de la plèvre, qui ne contenait plus d'épanchement; à gauche, des adhérences celluleuses plus fines entre les plèvres pulmonaire et pariétale.

Le poumon droit contenait à son sommet plusieurs tubercules caséeux en voie de ramollissement, ainsi que le poumon gauche; ce dernier était en outre le siége de nombreuses petites cavernes; tous deux étaient d'ailleurs infiltrés, dans toute leur hauteur, de granulations qui étaient à leur base tout à fait récentes et demi-transparentes, et qui étaient en grande partie tuberculisées et opaques à leur sommet.

Les bronches étaient rouges à leur intérieur, et contenaient beaucoup de liquide spumeux. Les ganglions lymphatiques étaient tuméfiés, et un peu mous; quelques-uns étaient tuberculisés; aucun ne contenait de granulations. Le péritoine présentait des traces nombreuses d'inflammation granulique; des granulations fibro-plastiques récentes et non tuberculisées, se rencontraient en grand nombre sur la surface de la rate, sur celle du foie et sur la surface externe de l'intestin.

La membrane muqueuse intestinale ne présentait aucune

altération notable. Les ganglions mésentériques étaient gros, congestionnés et un peu ramollis ; ils n'étaient ni tuberculeux, ni granuleux. L'encéphale ne présentait absolument aucune altération. Il n'y avait, ni sur les méninges, ni dans le cerveau de granulations d'aucune espèce ; les ventricules cérébraux ne contenaient pas de liquide en quantité anormale, et les parties centrales avaient leur consistance naturelle.

Ce qui domina donc toute la scène pathologique chez ce malade, ce fut cet état aigu, ressemblant beaucoup à celui de la forme muqueuse de la dothiénentérie, et qu'il n'est point de règle de rencontrer associé à la pleurésie, à moins que celle-ci ne soit elle-même reliée à l'affection granulique.

Déjà, dans beaucoup des faits de granulie à forme typhoïde, qui ont été précédemment relatés, il existait, du côté des plèvres et des poumons, des signes certains d'inflammation granulique, révélés par les autopsies ; et cependant l'élément catarrhal faisait complétement défaut à la maladie ; c'est que ces faits, il faut le remarquer, étaient relatifs à des cas de granulie, auxquels la tuberculisation aiguë restait étrangère ; tandis que les faits, sur lesquels j'appelle actuellement l'attention, sont relatifs à des tuberculisations plus ou moins rapides, auxquelles est venue se mêler l'affection granulique.

La tache cérébrale décrite par M. le professeur Trousseau, se manifesta aussi depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin, et cela, en l'absence de tout symptôme de méningo-encéphalite, comme de toute lésion granuleuse du côté de l'encéphale ; j'ai déjà dit, et je le répète à cette occasion, les granulations ne se développent pas sur les méninges, ni à la surface du cerveau, sans y être précédées de l'inflammation spécifique, à un certain degré ; et chez ce dernier individu, qui n'a offert aucun symptôme d'inflammation méningo-encéphalique pendant sa maladie, on ne trouve à l'autopsie ni les traces anatomiques de l'inflammation, ni les produits granuleux.

Enfin, pour dernière remarque, au sujet de ce malade, je rappelle que la sensibilité du ventre, qui était éveillée par la palpation, et qui a existé depuis son entrée à la Pitié jus-

qu'à sa mort, coïncidait avec une grande quantité de granulations récentes sur le péritoine.

Voici encore un autre exemple de tuberculisation pulmonaire, prenant assez soudainement la forme aiguë catarrhale, en même temps que se déclare chez le malade une affection granulique. Je vais en résumer l'histoire le plus brièvement qu'il me sera possible.

Le nommé Germain, tourneur en bois, âgé de vingt-trois ans, était entré dans mon service, à la fin du mois de décembre 1863, pour une phthisie pulmonaire, datant déjà de plusieurs mois, et caractérisée par des signes physiques fortement accusés, aux deux côtés de la poitrine.

Lors de son entrée à la Pitié, le malade était très-amaigri et très-affaibli, bien que jusqu'alors il eût conservé l'appétit, et qu'il n'eût point eu de diarrhée.

La maladie était encore apyrétique, et à peine ce garçon avait-il de temps à autre un peu de transpiration pendant son sommeil; il toussait très-souvent, et crachait en abondance.

Soumis à l'huile de foie de morue, aux pilules de tannin, aux inspirations iodées, et à un régime fortifiant, il resta à peu près dans les mêmes conditions jusqu'aux premiers jours du mois de février 1864. A cette époque, il devint tout à coup beaucoup plus malade; un état aigu vint s'ajouter aux symptômes de la phthisie chronique, qu'il traînait depuis longtemps. Il prit de la fièvre, le pouls devint fréquent; la peau devint moite; il perdit l'appétit, il éprouva de la soif; la langue se sécha; les sécrétions buccales s'épaissirent et donnèrent lieu à des fuliginosités abondantes; le malade fut obligé de garder complétement le lit; il ne tarda pas à être pris d'une diarrhée catarrhale.

Il éprouva du mal de tête, quelques sifflements dans les oreilles, et une insomnie rebelle; les pupilles devinrent très-dilatées, sans qu'il y eût pourtant de trouble de la vue.

En même temps, les signes de la tuberculisation pulmonaire se multipliaient du côté du thorax; les gargouillements caverneux y prenaient plus d'étendue, et une multitude de

râles sibilants et muqueux se faisaient entendre de toutes parts dans la poitrine.

Le malade fut bientôt pris de vomissements, puis la sensibilité cutanée devint de plus en plus exaltée ; la palpation du ventre, dont les parois devenaient contractées, causait des douleurs aiguës qui lui arrachaient des gémissements, et lui faisaient faire une grimace de toute sa physionomie. La pression des cuisses et des mollets devenait aussi très-douloureuse ; enfin les taches cérébrales hypérémiques se prononçaient de plus en plus chaque jour, dès que l'on cherchait à les faire paraître.

En présence de ces nouveaux symptômes, qui constituent un ensemble pathologique si différent de celui que présentait le malade au moment de son entrée, on ne pouvait méconnaître une complication de granulie ; en effet, indépendamment de l'état catarrhal qui pouvait appartenir à la forme aiguë de la tuberculisation, il était survenu chez le malade du mal de tête, de l'hypéresthésie cutanée et musculaire, des vomissements et de l'incurvation du ventre, tous nouveaux symptômes qui ne pouvaient laisser d'incertitude sur une complication cérébrale.

Les symptômes de l'affection granulique prirent de plus en plus d'intensité, en même temps que la toux, l'abondance de l'expectoration, la dyspnée, et tous les symptômes stéthoscopiques témoignaient de l'acuité imprimée à la tuberculisation pulmonaire. Une phlegmasia alba dolens du membre inférieur gauche survint, quelques jours avant la mort, qui eut lieu le 28 février 1864.

L'autopsie confirma complétement le diagnostic, qui avait été porté. Les deux poumons étaient remplis de tubercules à tous les degrés, et présentaient une foule de cavernes de différente étendue. Il n'y avait pas d'épanchement dans les plèvres ; mais, à la surface de celles-ci, se trouvait une exsudation très-plastique formant déjà, en plusieurs endroits, des adhérences celluleuses très-ténues et très-molles. Dans le tissu sous-pleural, à la surface des poumons, on distinguait un grand nombre de petites granulations miliaires, encore

toutes récentes, et non-tuberculisées ; elles occupaient particulièrement les scissures interlobaires des poumons ; on en trouvait une assez grande quantité dans l'intérieur des poumons ; elles y étaient plus abondantes à la base que dans les parties supérieures, et conservaient leurs caractères propres, sans mélange de tuberculisation.

Le péritoine pariétal et viscéral présentait des signes non équivoques d'inflammation ; il y avait une rougeur vive, de l'épiploon, du mésentère et de quelques anses intestinales. La surface de la séreuse était visqueuse et collante au toucher ; il n'y avait pas la moindre trace de pus, ni d'épanchement dans sa cavité ; les parties contiguës étaient comme légèrement gommées entre elles ; on distinguait très-nettement plusieurs granulations demi-transparentes, toutes récentes, et quelques autres opaques et tuberculisées sur le mésentère.

Les ganglions lymphatiques étaient presque tous tuméfiés, mais sans qu'il y ait tuberculisation d'aucun d'eux.

La rate était un peu grosse et ramollie ; sa surface était parsemée de granulations récentes. Le foie était gros et notablement graisseux.

Du côté de l'encéphale, on trouvait un peu d'épaississement de l'arachnoïde et une petite quantite de sérosité opaline, infiltrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Il n'y avait aucun ramollissement des parties périphériques, ni des parties centrales du cerveau ; les ventricules contenaient une quantité considérable de sérosité limpide. La toile choroïdienne offrait un grand nombre de petites granulations extrêmement fines ; on en rencontrait quelques-unes plus grosses, sur les vaisseaux qui rampent dans la scissure de Sylvius ; deux grosses granulations opaques, peu consistantes et très-régulièrement arrondies, se montraient sur le pédoncule du cervelet.

Enfin, dans les veines iliaque, crurale et tibiale postérieure du côté gauche, existait un caillot sanguin, partiellement fibrineux, qui s'étendait, sans interruption, de l'extrémité de la veine iliaque, jusqu'au bas de la jambe. Le caillot adhérait très-intimement à une moitié longitudinale de la veine,

oblitérant complétement les petites veines, qui s'abouchaient de ce côté, tandis que, dans la moitié opposée, le caillot n'adhérait pas à la tunique interne de la veine, et ne bouchait pas les ouvertures collatérales, de sorte que le sang pouvait encore circuler en partie dans les grosses veines, qui contenaient le caillot ; la moitié de leur calibre étant seulement obstruée par du sang coagulé (1).

Je ne multiplierai pas davantage les exemples de tuberculisation aiguë, associée à l'affection granulique ; car ils sont faciles à trouver partout ; et chacun peut en recueillir, à son gré, dans les services nosocomiaux ; ce qu'il m'importait surtout, c'était de modifier l'interprétation dont ces faits ont été l'objet, et de montrer en quoi ils s'éloignent et diffèrent de la granulie simple.

J'espère avoir réussi à faire comprendre, dans ce dernier chapitre, que la phthisie galopante des auteurs, à forme *typhoïde*, n'est autre chose qu'une forme de granulie simple, et que leur phthisie galopante à forme *catarrhale* n'est telle, qu'à la condition d'être associée à la tuberculisation rapide.

(1) On conçoit facilement comment, dans des obstructions veineuses incomplètes, de la nature de celles-ci, qui permettent encore au sang de circuler à côté du caillot, il suffit qu'une portion de ce dernier vienne à se rompre, pour qu'il soit entraîné par le courant sanguin jusqu'aux cavités droites du cœur ; et comment, en dernier lieu, il va déterminer une embolie de l'artère pulmonaire, ainsi que précédemment, j'en ai déjà rapporté un exemple. (Voy. p. 175, chap. VII.)

CHAPITRE X

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON DE L'AFFECTION GRANULIQUE

La marche et la terminaison de l'affection granulique ne sont pas les mêmes pour les formes de la maladie, désignées sous les noms de fièvre cérébrale et de phthisie galopante, que pour toutes les autres formes. — Tableau des diverses terminaisons de l'affection. — Durée variable. — Terminaison funeste pendant l'acuité de la maladie. — Mort consécutivement à l'état aigu. — Terminaison par la guérison. — Conditions de curabilité. — Relations cliniques de malades guéris.

Les chapitres précédents avaient pour objet de faire connaître les formes diverses de l'affection granulique. Il était indispensable, pour ne laisser aucun doute sur la valeur des symptômes de la maladie, de suivre celle-ci jusqu'à sa dernière limite, et de ne prendre pour exemples des tableaux symptomatiques, que des cas contrôlés par l'autopsie.

J'ai donc dû écarter des chapitres précédents tous les cas d'affection granulique, qui ne s'étaient pas terminés d'une manière funeste, ou que des circonstances quelconques m'avaient empêché d'étudier *post mortem*.

Mais, actuellement que la symptomatologie de cette affection me paraît constituée, et qu'il est possible, en rapprochant les cas dans lesquels les malades ont survécu, des faits qui ont été contrôlés après la mort, d'élargir le champ de l'observation, on peut entrer plus à l'aise dans l'étude de la marche et de la terminaison de la maladie, et prouver que dans un grand nombre de cas, elle se termine par la guérison.

Cette proposition, à première vue, surprendra quelques personnes, car l'idée généralement accréditée, c'est que la fièvre cérébrale et la phthisie galopante sont deux maladies fatalement mortelles ; mais, ce qui peut être juste et vrai pour les formes de la granulie que l'on appelle ainsi, est-il nécessairement aussi juste et aussi vrai pour toutes les autres formes de l'affection? Non, sans doute !

Précisons la question.

J'ai déjà longuement insisté, dans plusieurs passages de cet ouvrage, sur ce qu'avaient de défectueux ces dénominations de fièvre cérébrale, de phthisie galopante, etc., etc.; je pense qu'actuellement on m'accordera sans contestation : d'une part, que ces deux maladies sont deux formes de la même affection ; et, d'autre part, qu'elles ne constituent pas à elles seules toute la granulie.

Or, à moins de prendre la partie pour le tout, à moins de confondre la forme avec l'espèce, on ne peut conclure de la gravité de la forme spéciale de l'affection granulique, appelée fièvre cérébrale, à celle de l'affection granulique elle-même. Et, pour prendre un exemple parmi les choses connues, c'est comme si l'on voulait déduire la gravité de la fièvre typhoïde de celle de la fièvre *ataxo-adynamique* des auteurs, en disant : puisque cette dernière maladie n'est autre chose que la fièvre typhoïde, celle-ci a la même gravité. Le raisonnement serait spécieux, et l'assertion inexacte à tous les points de vue ; car, si la fièvre ataxo-adynamique est entrée en grande partie dans le groupe des formes de la dothiénentérie, sa gravité n'implique en rien celle que cette affection peut acquérir sous ses autres formes.

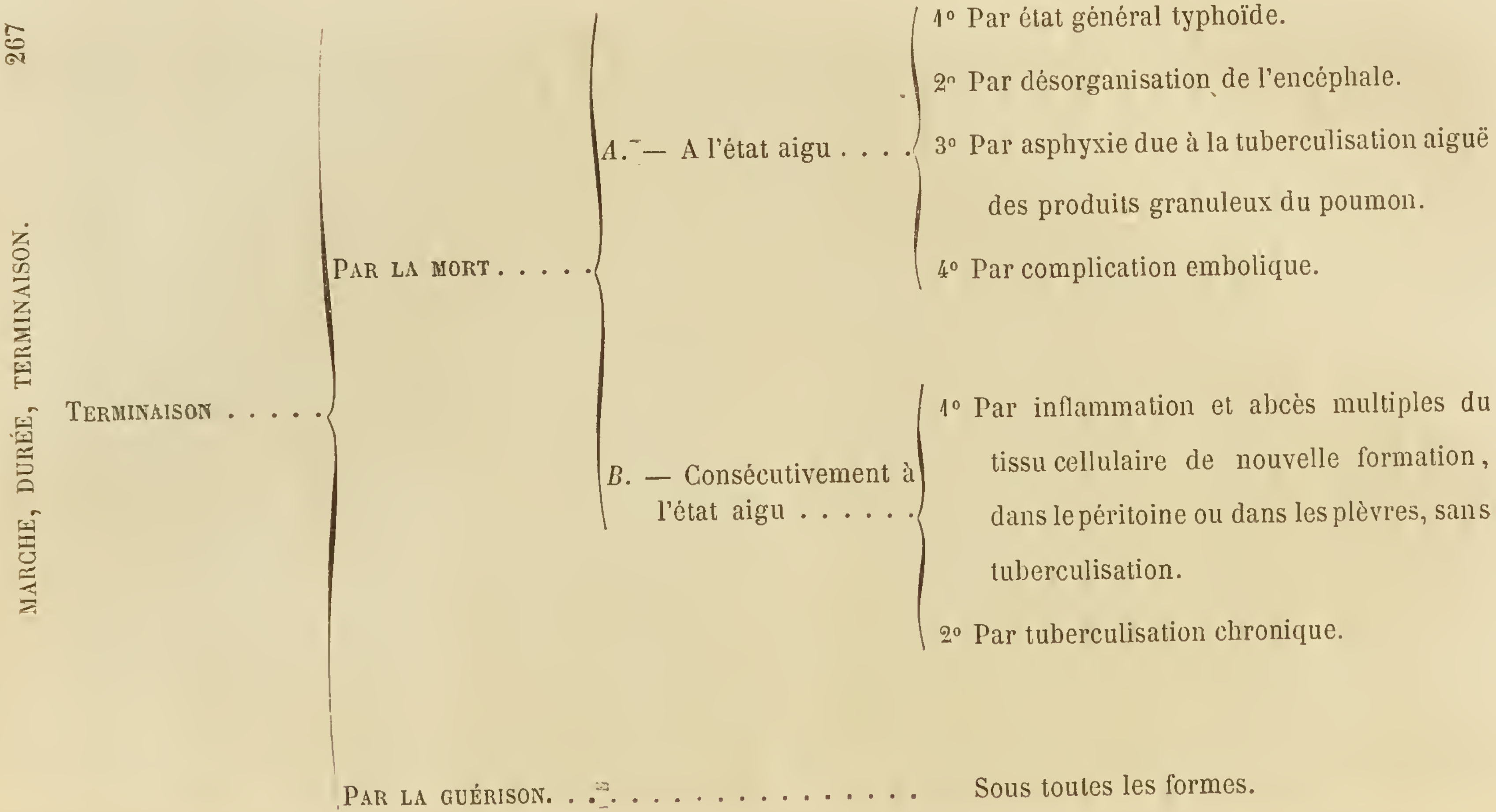
Que l'on comprenne donc bien qu'il en est ainsi pour l'affection granulique, et que ceux qui voudraient en discuter la valeur, en ayant sans cesse devant les yeux les formes cérébrale ou typhoïde de la maladie, se placeraient dans les conditions de quelqu'un qui, en discourant sur la gravité de l'affection diphthérique, n'aurait jamais dans l'esprit qu'un enfant étranglé par le croup. Et d'ailleurs, je ne saurais trop le répéter, la fièvre cérébrale n'est telle pour les auteurs, que

lorsqu'elle dure déjà depuis un certain temps chez le malade; tant que les symptômes, directement en rapport avec l'hydrocéphalie et avec la désorganisation des parties centrales de l'encéphale, n'ont point apparu, on soupçonne, on craint, dit-on, une fièvre cérébrale, mais on ne la voit pas encore; et l'état pathologique, qui la précède, peut très-bien aboutir, comme le dit judicieusement M. Trousseau, à toute autre maladie, pleurésie, phthisie galopante, tuberculisation, etc., qu'à une fièvre cérébrale.

Eh bien, qu'on prenne garde à ne pas empiler sur le même individu toutes les maladies à la fois! Un des plus puissants arguments qui aient été dirigés contre l'essentialité de toutes les fièvres des anciens, et qui devait contribuer à renverser leur pyrétologie, c'était précisément cette mutabilité incessante des espèces, qu'entraînait fatalement leur métamorphose. Le même individu avait successivement une fièvre gastrique, qui se transformait en fièvre muqueuse, puis en fièvre putride ou en fièvre ataxo-adynamique, etc., etc!..... Ira-t-on dire aussi qu'une pleurésie se transforme en phthisie galopante, qui se changera en tuberculisation, pour se terminer en fièvre cérébrale! Ce temps est passé. L'affection granulique est constituée, et restera essentiellement *une*, quelle que soit la forme symptomatique qui la traduira.

La marche et la terminaison de l'affection granulique, ne sont donc point rigoureusement celles qui sont assignées dans les livres, à la fièvre cérébrale et à la phthisie galopante; il faut bien savoir que, suivant les circonstances, la maladie se comporte d'une manière très-différente, et que, si elle se termine souvent par la mort, elle peut aussi se terminer par la guérison.

On a vu dans les chapitres précédents que, lorsque la maladie se terminait d'une manière funeste, la mort survenait de différentes façons: soit pendant l'acuité de la maladie, soit consécutivement. Nous allons résumer brièvement ce qui se passe dans ces diverses circonstances. Le tableau suivant donnera une première idée des diverses terminaisons de la maladie.



TERMINAISON . . . . .

- PAR LA MORT . . . . .
  - *A.* — A l'état aigu . . . .
    - 1° Par état général typhoïde.
    - 2° Par désorganisation de l'encéphale.
    - 3° Par asphyxie due à la tuberculisation aiguë des produits granuleux du poumon.
    - 4° Par complication embolique.
  - *B.* — Consécutivement à l'état aigu . . . . . .
    - 1° Par inflammation et abcès multiples du tissu cellulaire de nouvelle formation, dans le péritoine ou dans les plèvres, sans tuberculisation.
    - 2° Par tuberculisation chronique.
- PAR LA GUÉRISON. . . . . Sous toutes les formes.

A. — TERMINAISON PAR LA MORT, DE L'AFFECTION GRANULIQUE A L'ÉTAT AIGU.

L'affection granulique peut se terminer par la mort pendant l'acuité de la maladie :

1° Par état général typhoïde ;

2° Par désorganisation de l'encéphale ;

3° Par asphyxie due à la tuberculisation aiguë des produits granuleux disséminés dans le poumon ;

4° Par complication embolique.

1° Lorsque la maladie prend la forme typhoïde, et que ses manifestations ont lieu à la fois sur la plupart des organes qui sont aptes à les recevoir, l'état général devient immédiatement très-grave; les forces du sujet se dépriment; toutes les fonctions s'altèrent, et après vingt à vingt-cinq jours d'un état de maladie, dont les symptômes s'accroissent de plus en plus, le malade succombe soudainement, sans qu'il soit possible de dire précisément s'il meurt par le cerveau, par le poumon ou par tout autre organe.

La vie s'éteint dans cette circonstance, ainsi que dans les maladies générales graves, qui ne sont pas subordonnés à la lésion locale, et qui frappent d'emblée toutes les fonctions de l'organisme, sans intermédiaire anatomique connu ; la vie cesse de la même manière que dans certaines fièvres malignes.

Cependant il peut se faire aussi que la granulie, sous cette forme, se termine d'une manière funeste ; moins à cause de l'intensité de l'état typhoïde dans lequel est plongé le malade, qu'à cause de l'altération profonde d'un des organes essentiels à la vie. Ainsi la désorganisation des parties blanches centrales du cerveau, peut causer rapidement la mort, par les troubles qu'elle apporte dans l'innervation, absolument de la même manière que si la maladie eût revêtu, dès le début, la forme cérébrale.

Un fait qui m'a frappé dans la forme typhoïde de la granulie, c'est la rapidité avec laquelle la mort surprend parfois le malade, alors que quelques heures auparavant, rien n'annonçait encore une fin aussi prochaine; dans cette circon-

stance, on trouve assez souvent un ramollissement considérable des parties centrales du cerveau, et cela, alors même que cette lésion n'avait donné lieu pendant la vie à aucun symptôme qui pût lui être manifestement relié.

2° La forme cérébrale de l'affection granulique est incontestablement la plus grave de toutes. Lorsque l'inflammation limite ses effets aux méninges extérieurs, et que le molimen inflammatoire y est modéré, la mort n'est pas la conséquence fatale de la maladie, comme j'aurai tout à l'heure l'occasion de le prouver ; mais, lorsque l'inflammation gagne les parties centrales du cerveau, que la voûte à trois piliers, le septum lucidum, le corps calleux, les parois des ventricules se convertissent en bouillie, la guérison n'est plus possible, et la mort est la conséquence fatale de la désorganisation du système nerveux.

L'époque à laquelle surviennent ces altérations cérébrales, est d'ailleurs très-variable ; la maladie granulique peut exister pendant plusieurs semaines, en limitant ses effets encéphaliques aux méninges extérieurs, et sans intéresser les centres nerveux. C'est cette période de la maladie, comme je l'ai déjà dit, que les auteurs ont appelée *prodromique*, et que M. Bouchut (1) a désignée sous le nom de période de germination de la méningite granuleuse. Il est facile de se convaincre, en lisant tout ce qui est écrit dans les auteurs, relativement aux symptômes qui constituent cette période prodromique, que la granulie existe bien réellement déjà ; mais seulement que ses déterminations locales n'ont pas encore eu lieu du côté du cerveau.

Presque toujours l'évolution de la maladie s'accomplit avec plus de rapidité, dès qu'apparaissent les symptômes de l'encéphalite. Les cas dans lesquels la période de collapsus se prolonge longtemps, appartiennent évidemment à cette variété de la maladie, dans laquelle l'accumulation du liquide dans les cavités ventriculaires l'emporte de beaucoup sur le ramollissement des parties centrales ; ces dernières se trouvent

(1) Bouchut, *loc. citat.*

alors plus ou moins comprimées par l'épanchement ventriculaire ; mais elles ne sont pas désorganisées. Plusieurs exemples de cette espèce sont rapportés dans le mémoire de Dance (1) sur l'hydrocéphale aiguë.

Il est du reste très-difficile, en présence de la forme cérébrale de la granulie, de préciser quelle en sera la durée. Ce que je disais tout à l'heure de la rapidité inattendue avec laquelle survient la mort, dans la forme typhoïde de la maladie, pourrait avec plus de justesse encore être répété ici.

La mort peut arriver à toutes les périodes de la maladie, sans qu'elle soit nécessairement précédée d'aucun symptôme, qui puisse en être considéré comme le signe précurseur.

On peut dire cependant d'une manière générale que, lorsque la maladie a suivi la marche que les auteurs lui assignent comme étant la plus régulière ; que lorsque après avoir traversé la période de somnolence et de rémission des symptômes, elle commence une troisième période, dans laquelle l'exaltation morbide se réveille de nouveau ; dans laquelle la fièvre se rallume, le pouls et la respiration prennent une extrême fréquence, en même temps que l'intelligence s'obscurcit, la mort ne tarde pas à venir.

La durée de la fièvre cérébrale a été très-diversement évaluée par les auteurs, ce qui tient à la manière différente dont chacun d'eux a considéré les symptômes qui précèdent ceux qui sont directement liés à l'hydrocéphalie et à l'encéphalite. En mettant de côté toute la part de la maladie qui précède la désorganisation de l'encéphale, on en abrége singulièrement la durée.

Sur cent dix-sept observations prises dans Abercrombie et Constant, M. Green a trouvé que :

31	malades sont morts avant le septième jour;
49	malades sont morts avant le quatorzième jour;
31	malades sont morts avant le vingtième jour;
6	malades sont morts après le vingtième jour;
117	

(1) Dance, *Arch. gén. de méd.*, loc. citat.

Il est évident, comme le fait remarquer M. Bouchut à qui j'emprunte ce tableau (1), que la durée de la maladie n'est évaluée ici qu'à partir de l'invasion des symptômes encéphaliques. Une telle statistique ne peut donc servir à rien pour déterminer la durée de la granulie, considérée depuis son commencement véritable jusqu'à sa fin!

Pour 27 malades atteints de granulie sous différentes formes, dont j'ai rapporté l'histoire dans ce travail, on trouve par le calcul 966 jours de maladie : en divisant ce nombre par celui des malades, on obtient une moyenne de 39 jours de maladie pour chaque malade.

Cette moyenne, comme toutes les moyennes arithmétiques, exprime nécessairement un nombre de jours de maladie beaucoup au-dessus, ou beaucoup au-dessous de celui qui est compté pour un certain nombre de cas particuliers. En effet, sur nos 27 malades atteints de granulie, la durée la plus courte de la maladie a été de 7 jours, et la plus longue a été de 65 jours.

3° J'ai dit que l'affection pouvait encore se terminer pendant l'acuité de la maladie par une asphyxie rapide ; c'est dans le cas où la tuberculisation aiguë, en s'associant à la maladie granulique, s'empare des produits de cette dernière, et les transforme en tubercules, au fur et à mesure de leur formation. Le poumon, rapidement envahi par cette multitude de corps étrangers, ne conserve bientôt plus assez de vésicules perméables pour que la respiration s'accomplisse, et le malade ne tarde pas à éprouver tous les symptômes d'une asphyxie progressive à laquelle il succombe.

C'est à une tuberculisation de cette espèce qu'il convient de rapporter l'observation de M. Andral (2), et celle de Graves (3), que mon collègue, M. Jaccoud, propose d'appeler phthisie *granuleuse suffocante* (4).

(1) Bouchut, *loc. citat.*, p. 171.
(2) Andral, *Clin. méd.*, édit. de 1834, t. IV, p. 89.
(3) Graves, p. 137.
(4) Jaccoud, traduction de Graves, t. II, p. 139.

Mais cette terminaison par asphyxie rapide, ainsi que je l'ai dit précédemment, n'appartient qu'à la granulie, associée à la tuberculisation aiguë ; on ne la rencontre pas dans la granulie simple. En désignant les cas de ce genre, sous le nom de phthisie *granuleuse suffocante*, mon savant collègue, M. Jaccoud, ne prend pas garde que la phthisie galopante ou granuleuse, selon l'idée nosologique qu'il attache à ce mot, n'est jamais suffocante qu'à la condition d'être en même temps *tuberculeuse*. Aussi, Graves me paraît-il exprimer ce qui est, avec plus de justesse que son traducteur, quand il dit, en parlant de la jeune femme de l'hôpital de sir Patrick Dun, qu'elle est « atteinte d'une *tuberculisation* rapide et généralisée ; et « qu'elle a succombé dans un état que l'on pourrait appeler, « à juste titre, l'*asphyxie tuberculeuse*. »

4° Il peut arriver enfin que l'affection granulique, sous quelque forme qu'elle se présente, mais plus particulièrement sous la forme pleurétique que sous toute autre, se termine brusquement par une embolie pulmonaire. Déjà, dans le chapitre consacré à l'étude de la forme thoracique de la maladie, j'ai rapporté un cas de cette espèce, et page 260, j'en ai rapporté un autre, relatif à une phlegmasia-alba dolens, survenue dans le cours de la maladie granulique.

On a parlé souvent avec juste raison de la fréquence des phlegmasia-alba dolens, dans le cours de la tuberculisation ; or, cette maladie est également fréquente dans l'affection granulique. En étudiant l'anatomie pathologique, j'ai dit que j'avais cherché inutilement, sur la tunique séreuse des vaisseaux, les effets de l'inflammation granulique.

Aussi, il ne me paraît pas possible d'affirmer que la coagulation du sang dans les veines est la conséquence de l'inflammation granulique, développée sur la tunique interne des vaisseaux ; du moins il ne m'a jamais été donné d'observer d'inflammation évidente, ni de granulation véritable sur les séreuses vasculaires, et je serais peut-être plus disposé à attribuer la coagulation du sang à l'état général du malade, qu'à une altération inflammatoire primitive de la tunique interne de la veine. Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation

pathogénique du fait, il n'en a pas moins lieu dans cette affection; et peut-être, lorsque cette maladie sera mieux connue qu'elle ne l'est encore aujourd'hui, reconnaîtra-t-on qu'un nombre considérable des pleurésies, terminées par une mort subite, sont de nature granulique, et que la mort subite, dans ces cas, est due à une embolie pulmonaire, provenant du caillot de quelque phlegmasia alba-dolens, plus ou moins latente, comme l'aurait été celle qui a causé la mort de la malade, dont j'ai rapporté l'histoire, si nous n'avions su y regarder de très-près (1).

B. — Terminaison par la mort, consécutivement a l'état aigu.

L'affection granulique peut se se terminer d'une façon funeste consécutivement à l'état d'acuité, soit :

1° Par inflammation consécutive.
2° Par tuberculisation.

1° La maladie, sous ses formes pleurétique et péritonéale, peut, après quelques semaines de durée, se guérir apparemment ; les symptômes de l'état général diminuent d'intensité, puis cessent complétement ; le malade reprend des forces ; il reprend de l'appétit, il reprend du sommeil ; il paraît entrer franchement en convalescence, les signes stéthoscopiques marquent le bon état des voies respiratoires, et la palpation abdominale dénote l'extinction de l'inflammation, par la disparition de la douleur, et de tous les symptômes de la péritonite ; cependant, au bout d'un certain temps, quelques symptômes aigus témoignent d'un retour d'inflammation du côté de la plèvre ou du péritoine, puis les choses s'aggravent, et le malade retombe dans un état plus ou moins grave. Que s'est-il passé dans cette circonstance? Le tissu cellulaire de nouvelle formation, développé entre la plèvre pariétale et pulmonaire, ou entre les diverses parties contiguës entre elles

(1) Chap. VII, p. 175.

de la séreuse abdominale, devient le siége d'une inflammation, que j'appellerais volontiers séro-phlegmoneuse, car elle participe à la fois de l'inflammation du tissu cellulaire, par sa tendance à s'abcéder, et de l'inflammation séreuse, par l'abondance de la sérosité qui se mélange au pus. Il en résulte bientôt un nombre considérable d'abcès enkystés dans le péritoine, ou d'abcès enkystés de la plèvre. L'affection primitive ne semble plus jouer aucun rôle actif dans la détermination de ces inflammations consécutives, et la tuberculisation vient souvent s'ajouter et s'associer à ces espèces de phlegmasies séro-phlegmoneuses, dont elle rend la guérison impossible, et dont elle précipite la terminaison funeste.

Dans le chapitre qui traite de la forme abdominale de la maladie, j'ai rapporté l'exemple d'une de ces péritonites secondaires (1); et plus d'une pleurésie purulente enkystée, traitée inutilement par la thoracenthèse et par les injections iodées, a dû avoir la même origine.

2° Enfin, lorsque l'affection granulique, sous quelque forme qu'elle se soit montrée, se termine par une guérison momentanée, il y a toujours à craindre de voir survenir, au bout d'un certain temps, la tuberculisation des produits granuleux, car, comme nous aurons encore à y revenir en parlant de la nature de la maladie, les individus, frappés par l'affection granulique, ont une prédisposition remarquable à la tuberculisation ; j'ai déjà appelé suffisamment l'attention sur la tuberculisation des granulations dans le chapitre précédent, pour qu'il n'y ait pas ici à y insister davantage.

C. — Terminaison par la guérison.

La granulie peut enfin se terminer par la guérison. Cette proposition trouvera plus d'un contradicteur, et elle bouleverse bien des idées courantes! Il importe donc d'apporter toute la sévérité possible, dans le choix des preuves qui élèveront cette assertion au rang des vérités. Avant d'entrer

(1) Voyez page 198.

de plein pied dans la démonstration du fait, qu'il me soit permis de faire encore une remarque, qui ne sera pas inutile à l'intelligence de la discussion dans laquelle je vais entrer.

Il est de la plus haute importance de ne pas mélanger dans cette discussion les idées de *diathèse* avec celles de *maladies*, car il en résulterait nécessairement la plus abominable confusion.

Si l'on m'accorde, après avoir lu ce qui précède, et en faisant toute réserve sur la question de nature et de diathèse des deux maladies, que la granulie, au point de vue phénoménal, diffère du tout au tout, de la tuberculisation proprement dite, on m'accordera nécessairement aussi que, si les symptômes qui la caractérisent, disparaissent totalement, et que si l'état de santé qui leur succède, se prolonge des mois et des années sans récidive, il faudra conclure à la guérison; et cela, alors même que quelques années plus tard, le même sujet succomberait à une tuberculisation chronique, ou à toute autre maladie; car, se refuser à admettre cette vérité, serait tout aussi étrange que de nier la guérison d'un rhumatisme articulaire aigu, sous prétexte que deux ou trois ans plus tard, le même sujet, qui en a été atteint et guéri, pourra en être repris sous l'influence de la diathèse; il est indispensable, je le répète, de réserver, pour plus tard, la question des diathèses, et de limiter bien expressément la discussion actuelle à la guérison de la maladie.

L'anatomie pathologique fournit une première preuve de la curabilité de l'inflammation granulique; chez un certain nombre de sujets qui meurent de maladies diverses, à un âge plus ou moins avancé, on trouve des vestiges incontestables d'une ancienne granulie; chez les uns, les traces de la maladie granuleuse existent, en dehors de tout signe d'une ancienne tuberculisation; chez les autres, on rencontre simultanément les signes anatomiques des deux maladies, c'est-à-dire, des tubercules crétacés, ou d'anciennes cavernes tuberculeuses cicatrisées, qui occupent le sommet des poumons, et les transformations diverses des produits de l'inflammation

granulique, qui siégent particulièrement sur les membranes séreuses viscérales.

J'ai déjà assez longuement insisté, à propos de l'anatomie pathologique, sur l'organisation des produits de l'inflammation granulique, et sur leur transformation fibreuse, pour qu'il soit inutile d'entrer de nouveau, dans de longs développements à ce sujet; il suffira, je pense, de rappeler que les signes anatomiques d'une ancienne granulie, consistent, d'une part, dans des adhérences celluleuses, qui réunissent entre elles, les diverses membranes séreuses contiguës, et, d'autre part, dans la transformation fibreuse des granulations, déposées à la surface de ces membranes.

Si le poumon est, de tous les organes, celui qui met le plus en évidence la possibilité de la cicatrisation des cavernes tuberculeuses et de la dégénérescence crétacée des tubercules, les plèvres et la rate sont ceux qui témoignent le plus souvent d'une ancienne inflammation granulique.

Tout récemment encore, je trouvais chez un vieillard de 60 ans, mort d'une maladie de Bright, les traces évidentes d'anciens tubercules guéris, en même temps que celles d'une ancienne granulie. En jetant un coup d'œil sur la rate de cet individu, je reconnus à sa surface, un grand nombre de granulations aplaties, et devenues fibreuses; je pensai qu'il devait y avoir, chez lui, d'autres traces de l'ancienne maladie; et, en effet, de très-nombreux filaments celluleux réunissaient entre elles les plèvres pariétale et pulmonaire, ainsi que les surfaces séreuses interlobaires; on trouvait aussi sur ces dernières, de petites granulations laiteuses, aplaties et très-dures, évidemment de très-ancienne formation; de plus, quatre ou cinq cicatrices fibreuses indurées, occupaient le sommet des poumons, lesquels contenaient aussi une demi-douzaine environ de tubercules pierreux, de la grosseur de petits pois. Enfin, à la base des poumons, il existait, disséminées de distance en distance, une vingtaine de granulations arrondies, extrêmement petites, constituées par une coque fibreuse, au centre de laquelle se trouvait un tout petit grain pierreux.

Évidemment, il s'était développé autrefois chez cet homme,

une granulie, dont la tuberculisation s'était appropriée momentanément les produits ; mais le tout avait fini par guérir ; les cavernes, en se cicatrisant, les tubercules en se crétaçant, les granulations en devenant fibreuses, l'exsudation inflammatoire en fournissant matière à l'organisation des adhérences cellulaires.

Il n'est point de médecin d'hôpital qui n'ait eu occasion de rencontrer dans sa pratique des faits de ce genre ; et, pour ma part, j'en ai vu un grand nombre. Si ces faits ont déjà servi à prouver la curabilité des tubercules, ils montreront aussi, à ceux qui voudront bien y regarder, que l'inflammation granulique peut guérir.

Une première question me paraît donc résolue par l'anatomie pathologique, à savoir : que l'inflammation granulique est susceptible de guérison ; mais, actuellement, dans quelles conditions de forme et d'intensité la maladie est-elle curable ? C'est à la clinique à répondre.

Le 4 mai 1864, entrait dans mon service, salle Saint-Benjamin n° 26, un jeune garçon, âgé de dix-neuf ans, exerçant la profession de tailleur. Doué d'une bonne constitution, bien que d'un embonpoint médiocre, il jouit ordinairement d'une très-bonne santé, et ne présente personnellement aucun antécédent d'affection strumeuse. Son père est mort encore jeune, à la suite d'une tumeur blanche du genou ; sa mère vit encore et se porte bien.

Il nous raconte qu'au mois de novembre 1863, il a été atteint d'une pleurésie du côté droit, pour laquelle il est entré à la Charité ; que, traité dans cet hôpital, par plusieurs vésicatoires volants, appliqués sur le côté douloureux, il est parti pour l'asile de Vincennes, après trois semaines de maladie ; et qu'après quelques jours de convalescence, passés dans cet établissement, il a pû reprendre ses occupations ordinaires, en parfait état de santé.

Il se porta très-bien pendant tout l'hiver ; mais, dans la dernière quinzaine du mois d'avril 1864, il reprit du malaise : il éprouva du mal de tête et de l'insomnie ; il perdit l'appétit ; il ressentit des douleurs vagues dans le ventre, sans diarrhée ;

il ressentit de la douleur dans les deux côtés de la poitrine, plus à droite qu'à gauche; il toussa un peu, sans cracher; et par moments, il éprouva une certaine oppression. Cet état de maladie l'empêchait de travailler; mais ne l'obligeait pas à garder continuellement le lit. Il a éprouvé, par moments, quelques petits frissonnements, mais jamais de véritable frisson, et il ne pense pas avoir eu de la fièvre. Sa santé s'altérant de jour en jour davantage, il entra à la Pitié le 4 mai suivant.

Lorsque je le vis pour la première fois, il me parut gravement atteint; sa physionomie exprimait une sorte d'étonnement; son regard avait quelque chose de bizarre, qu'on ne s'expliquait pas de prime abord, et qui tenait à une très-grande inégalité dans la dilatation des pupilles, et dans leur contractilité; la pupille droite était extrêmement large et très-peu contractile, tandis que la gauche se resserrait avec vivacité sous l'influence de la lumière; du reste, il n'y avait pas de strabisme, et le malade y voyait des deux yeux, bien qu'un peu moins bien que d'habitude, nous disait-il.

Son intelligence était nette; il répondait clairement à toutes les questions qu'on lui adressait; il éprouvait un mal de tête très-pénible, qui ne l'avait pas quitté depuis plusieurs jours, et qui présentait, par moments, des exacerbations extrêmement pénibles; le malade ne pouvait pas se tenir debout, ni assis sur son lit, sans éprouver des vertiges; il avait, par moments, des bourdonnements dans les oreilles; il n'avait pas saigné du nez, ce qui d'ailleurs ne lui arrivait pas souvent dans l'état de santé; il ne dormait presque pas depuis une huitaine de jours; et dès qu'il s'assoupissait, il était en proie à des rêvasseries incessantes.

La langue était humide, et présentait un léger enduit blanchâtre; le malade n'avait pas de soif; il avait un profond dégoût pour tous les aliments, même pour le bouillon; il avait eu quelques nausées, mais il n'avait pas eu de vomissements; il n'avait pas eu de garde-robes depuis plusieurs jours; son ventre était sensible à la palpation, un peu partout, mais particulièrement vers les flancs; les parois abdominales étaient

notablement rétractées, et se contractaient sensiblement sous la main, à la moindre pression ; il n'y avait pas du tout de ballonnement; il y avait absence complète de gargouillement ; on ne découvrait aucune tache sur la peau du ventre, ressemblant aux taches rosées lenticulaires de la dothiénentérie.

Lorsqu'on traçait avec le dos de l'ongle des lignes sur la peau, la raie cérébrale se dessinait très-nettement en rouge, sans causer de douleur réelle au malade, et elle persistait avec vivacité au delà de quatre minutes.

Le malade éprouvait, disait-il, un peu de gêne dans la respiration, celle-ci cependant n'était pas accélérée (seize respirations par minute); il ressentait encore, disait-il, un peu de douleur dans les côtés de la poitrine, et surtout à droite; mais dans une étendue, qu'il ne parvenait pas à limiter avec précision. Il toussait très-peu, et il ne crachait pas du tout.

La conformation du thorax ne présentait rien de particulier; il n'y avait aucune voussure, ni aucune dépression accidentelles. La coloration de la peau, du côté droit, témoignait des anciens vésicatoires qu'on lui avait appliqués, pour combattre sa pleurésie du mois de novembre dernier.

La sonorité en avant, était égale des deux côtés ; en arrière, il y avait matité notable à droite, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. Dans la même étendue, les vibrations thoraciques étaient notablement amoindries ; en auscultant le malade, on trouvait, correspondant à la matité, une respiration tubaire, très-prononcée au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, et qui s'affaiblissait, à mesure que l'oreille descendait vers la base, où tout bruit respiratoire devenait presque nul. L'égophonie était très-manifeste au niveau et un peu au-dessous de l'angle inférieur du scapulum. Aucun bruit pathologique ne se remarquait du côté gauche ; les deux sommets du thorax ne présentaient rien de particulier ; on ne découvrait aucun signe de tubercule.

Le malade n'avait pas de fièvre ; la peau n'était pas chaude avec exagération ; le pouls était régulier et donnait soixante-huit pulsations par minute. Il n'y avait aucun symptôme de

paralysie. Il n'y avait eu aucune convulsion, et il n'y avait pas de contracture.

Ce malade était évidemment atteint d'un léger épanchement dans la cavité pleurale du côté droit; ce diagnostic-là n'offrait aucune difficulté ; mais était-ce là toute sa maladie? La pleurésie qui fournissait cet épanchement, était-elle une pleurésie simple? Une pleurésie simple pouvait-elle expliquer l'ensemble des symptômes offerts par le malade? S'agissait-il d'une *granulie* avec prédominence pleurale, ou d'une fièvre continue apyrétique avec complication pleurale?

·Prenant en considération, d'une part, la durée de la maladie, dont le début remontait alors à une quinzaine de jours; les troubles du système nerveux ; céphalalgie, bruits d'oreille, inégalité des pupilles, insomnie, rêvasseries, vertiges; d'autre part, les symptômes fournis par les fonctions digestives : absence de soif, dégoût des aliments, constipation, rétraction du ventre, sensibilité à la palpation, absence de gargouillement, de diarrhée, de taches lenticulaires; l'absence totale de fièvre, qui éloignait l'idée d'un état général sympathique de la vivacité de l'inflammation pleurale, et qui empêchait de rattacher à l'intensité de celle-ci tout cet ensemble de symptômes; prenant enfin en considération le peu de rapport des troubles du système nerveux avec ceux de l'appareil digestif; la tache cérébrale hypérémique si nettement dessinée, et la pleurésie que le malade avait déjà éprouvée quelques mois auparavant, je penchai vers une *granulie,* tout en faisant remarquer aux élèves, les réserves que commandait encore un tel diagnostic.

Le malade prit une bouteille d'eau de Sedlitz, de la limonade et deux bouillons; le lendemain, on lui appliqua un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.

Au bout de quelques jours, l'épanchement avait presque complétement disparu du côté droit; mais il en était survenu un autre dans le côté gauche de la plèvre, qui occupait le tiers inférieur du thorax. L'état général, d'ailleurs, était tout à fait semblable; les mêmes symptômes persistaient du côté du système nerveux; même inégalité dans la contractilité des deux pupilles; même apyrexie et même absence des signes

abdominaux de la dothiénentérie; la raie hypérémique se manifestait rapidement et durait toujours très-longtemps.

Traitement. — Limonade; nouvelle purgation, bouillon et potages.

Le 14 mai, dix jours par conséquent après l'entrée du malade, les symptômes thoraciques avaient complétement disparu des deux côtés de la poitrine; il ne restait plus rien d'appréciable dans les plèvres; le malade ne toussait pas; il ne crachait pas, et disait respirer très-bien. Cependant, l'état général s'était plutôt aggravé; le malade avait maigri; il se sentait plus faible que lors de son entrée; le mal de tête, un peu moins continu, devenait par moments extrêmement violent; le malade ne dormait toujours pas; il avait toujours des tintements dans les oreilles; sa vue, par moments, devenait un peu trouble; la largeur de la pupille droite contrastait toujours avec le resserrement de la pupille gauche. Le dégoût pour les aliments restait le même; le ventre conservait sa sensibilité exagérée, qui même s'était encore accrue; on ne pouvait pas palper les régions iliaques et les flancs, sans déterminer une douleur réelle. Il y avait toujours rétraction du ventre et tendance à la constipation.

Le malade néanmoins n'avait aucune fièvre, son pouls variait de soixante à soixante-huit pulsations. Je le soumis à l'iodure de potassium, et lui fis donner quelques pilules de musc.

Si, lors de l'entrée du malade à la Pitié, il eût été possible, à la rigueur, de rattacher l'état général à la pleurésie, celle-ci, une fois terminée, ne pouvait plus expliquer les symptômes qui persistaient; il n'était plus possible non plus de songer à une dothiénentérie anomale, qui serait parvenue au delà du quatrième septenaire, sans fièvre, sans ballonnement du ventre, sans gargouillement iliaque, sans diarrhée, sans taches lenticulaires; et avec une persistance des symptômes nerveux, plus qu'insolite dans cette maladie. J'ajoute que l'inégalité de contraction des deux pupilles, et la sensibilité si notable du ventre cadraient fort mal aussi avec une dothiénentérie.

Vers la fin du mois de mai, le mieux se prononça; le malade commença à dormir un peu: son mal de tête ne le prit

plus qu'à des intervalles éloignés ; les bruits d'oreilles diminuèrent, puis enfin disparurent; la pupille droite reprit peu à peu sa contractilité, et devint bientôt tout à fait semblable à celle du côté opposé. Le malade sentit ses forces revenir; il recouvra l'appétit, et sortit bientôt un peu dans le jardin; son ventre néanmoins restait sensible à la palpation; mais il était moins plat, et les garde-robes étaient régulières.

La raie hyperémique n'apparaissait plus du tout, ni sur le ventre, ni sur les autres régions de la peau, où on la provoquait si facilement pendant les premières semaines; la poitrine n'offrait toujours plus aucun signe de maladie.

Le malade, se sentant mieux, me demanda bientôt à sortir; mais je l'invitai à rester avec nous, tenant à le garder aussi longtemps que possible, pour voir si la guérison se maintiendrait.

Dans les premiers jours du mois de juillet, il prit de son voisin une très-légère varioloïde, dont l'éruption avorta le huitième jour, sans lui laisser sur la peau les stygmates de son passage; enfin, le 22 juillet, gros, gras, et ne présentant plus le moindre symptôme de maladie, il retourna à son travail, en nous faisant la promesse de revenir nous voir, s'il redevenait tant soit peu malade.

Je ne puis mettre en doute la nature de l'affection qui a frappé ce garçon, car en rapprochant tous les symptômes qu'il a éprouvés, de ceux qui appartiennent à la maladie granulique, alors qu'elle se termine par la mort, et que l'on a la preuve matérielle de son identité, on ne peut nier la similitude des troubles fonctionnels dans les deux cas, et l'on demeure convaincu que c'est bien la même affection, à laquelle on a eu affaire.

Mais, objectera-t-on, ce garçon n'est resté soumis à l'observation que pendant trois mois; peut-être aujourd'hui est-il mort tuberculeux, ou a-t-il été enlevé brusquement par une récidive de granulie cérébrale, plus intense que la première. C'est trop se presser que de conclure à la guérison!

L'objection est spécieuse : je ne sais, il est vrai, si ce garçon, depuis qu'il m'a quitté, a éprouvé une récidive du mal; ou

s'il a été frappé de tuberculisation, comme il advient si souvent, consécutivement à cette affection; mais là n'est pas la question; ce qu'il s'agit de prouver, c'est, d'une part, que l'état de maladie dans lequel il était, lors de son entrée dans mon service, était bien une granulie; et, d'autre part, que cet état a complétement cessé, après une durée de cinq à six semaines, pour être remplacé par un état de santé parfaite, qui ne s'est pas démenti pendant deux mois d'observation; à moins d'embrouiller la valeur de tous les mots du langage, on ne peut nier qu'il ne soit sorti guéri de la maladie, pour laquelle il était entré à l'hôpital. Passons à d'autres faits.

La nommée Adèle Marcel, entra dans mon service, salle Notre-Dame, n° 47, le 6 novembre 1863. Elle est lingère; elle est âgée de vingt-sept ans. Douée d'une bonne constitution, elle ne présente, non plus que ses parents, aucun antécédent de scrofule, ni de tubercule. Elle a eu deux enfants; le dernier, le 30 août dernier; elle n'a pas nourri, et a repris ses occupations ordinaires, une quinzaine de jours après ses couches, en bon état de santé.

La maladie qui l'amène à l'hôpital n'a pas débuté brusquement; depuis une quinzaine de jours au moins, elle se sent affaiblie; elle a souvent du malaise, de petits frissonnements; elle a très-souvent mal à la tête; le grand jour l'incommode; elle ne dort presque pas la nuit, et rêve beaucoup quand elle s'assoupit; elle a, peu à peu, perdu l'appétit, et tous les aliments lui inspirent du dégoût; elle ne va que très-difficilement à la selle; elle ne tousse pas; mais elle maigrit, dit-elle, de jour en jour.

Lors de son entrée, elle n'est complétement arrêtée que depuis cinq jours, et se trouve dans l'état suivant : La fièvre est intense; la peau est chaude; le pouls bat cent douze fois par minute; la stupeur est très-prononcée; cependant l'intelligence est conservée, et la malade répond avec précision. Elle accuse un grand mal de tête; ses pupilles sont dilatées; elle éprouve de la photophobie. Il n'y a aucun trouble ni du côté de l'odorat, ni du côté de l'ouïe. Elle a le sentiment d'une grande faiblesse; lorsqu'elle est sur ses jambes, ou bien

qu'elle est assise, la tête lui tourne aussitôt; il n'y a rien de notable du côté de la sensibilité générale.

La soif est modérée, la langue est blanche et humide; elle dit avoir un profond dégoût pour toute espèce de choses; elle éprouve des nausées continuelles et elle a vomi plusieurs fois, depuis la veille, des matières aqueuses, incolores; elle n'a pas été à la garde-robe depuis plusieurs jours; le ventre est un peu aplati, il n'y a pas de météorisme ni de gargouillement, mais la sensibilité est très-exagérée à l'épigastre et dans les deux fosses iliaques; d'ailleurs il n'y a aucune douleur spontanée, aucune colique. La rate ne paraît pas augmentée de volume; il n'y a sur le ventre aucune tache rosée lenticulaire; les urines sont peu abondantes, et ne présentent ni sucre, ni albumine. La malade tousse un peu depuis quelques jours; elle ne crache pas, et l'on ne découvre aucun signe physique du côté de la poitrine.

Malgré la durée prolongée des prodrômes, l'absence de diarrhée, de météorisme et de taches lenticulaires, nous pensâmes avoir affaire à une fièvre typhoïde; on donna une bouteille d'eau de Sedlitz, de la limonade, des bouillons.

Le 8 novembre, persistance de la fièvre; le pouls donne 108 pulsations; les selles, sollicitées par le purgatif, ont été abondantes; la malade a encore vomi plusieurs fois; le ventre reste sensible à la pression, sans présenter de ballonnement; on ne découvre toujours aucune tache lenticulaire; il y a persistance du mal de tête et de la stupeur.

Limonade, sedlitz, fomentations sur le ventre, bouillons.

Le 9 novembre, le pouls donne 108 pulsations; la céphalalgie est intense; l'insomnie est complète; les pupilles sont très-dilatées; la malade craint la lumière; la langue est blanche et humide; la soif est presque nulle; les nausées sont continuelles; il y a encore eu plusieurs vomissements incolores et aqueux, et trois selles peu abondantes; le ventre est un peu aplati, et sensible à la pression presque partout; il l'est surtout à l'épigastre et au-dessus du pubis; il n'y a toujours aucune tache rosée. La rate ne paraît pas augmentée de volume.

Sirop de groseille, lavements émollients, fomentations émollientes sur le ventre, bouillons.

Jusqu'au 16 novembre, l'état de la malade resta presque identiquement le même; la fièvre persistant toujours, ainsi que les vomissements, la sensibilité du ventre et la constipation, qui n'était que momentanément vaincue par les purgatifs; nous modifiâmes alors notre premier diagnostic, et nous pensâmes à une affection granulique. En effet, la malade comptait alors environ un mois de maladie, dont quinze jours consécutifs passés dans un état éminemment grave. Parmi les signes de la dothiénentérie, il nous manquait la diarrhée, le ballonnement du ventre, le gargouillement de la région cœcale, la tuméfaction de la rate, les taches rosées lenticulaires. D'un autre côté, nous constations des symptômes insolites dans la dothiénentérie, et plus en harmonie avec l'idée d'une inflammation granulique; ainsi la persistance du mal de tête, sans aucune amélioration depuis le début de la maladie, qui était parvenue à ce moment au quatrième septénaire; la dilatation des pupilles avec appréhension de la lumière, qui aggravait le mal de tête et qui était insupportable à la malade; la soif presque nulle, malgré une fièvre intense; l'humidité de la langue et la fluidité des sécrétions buccales coïncidant avec un état de stupeur très-considérable; la persistance des *nausées*, des *vomissements* et de la constipation, malgré les purgatifs administrés à plusieurs reprises.

Bientôt, de nouveaux symptômes vinrent s'ajouter à ceux que je viens de signaler et donnèrent plus de poids au nouveau diagnostic : tels étaient l'aplatissement du ventre, qui s'incurvait en carène, et qui restait douloureux à la pression et à la palpation; l'apparition d'un peu de toux, sans expectoration et sans râles sibilants, mais avec quelques petits bruits de frottement secs, que l'on entendait distinctement dans les régions sus-épineuse et sous-épineuse du côté droit de la poitrine; enfin de l'hypéresthésie très-manifeste sur la peau du ventre et sur celle des membres inférieurs, ainsi qu'un peu d'exagération de la sensibilité musculaire de la

cuisse droite, qu'on ne pouvait presser entre les mains, au-dessus du genou, sans provoquer une vive douleur; et l'apparition de la tache cérébrale hypérémique sur la peau du ventre et des cuisses.

Limonade; julep avec iodure de potassium, 1 gramme; musc, 1 pilule de 5 centigrammes matin et soir.

L'état de la malade restant le même, le même traitement fut continué jusqu'au 20 novembre; à ce moment la fièvre diminua beaucoup; le pouls tomba à 84 pulsations; la céphalalgie devint moins forte; cependant la photophobie persistait avec dilatation des pupilles; la malade reprit un peu de sommeil, mais très-agité par des rêves; la langue restait blanche; le dégoût et les nausées persistaient; mais les vomissements avaient cessé; le ventre était encore aplati et très-notablement sensible à la pression; il n'y avait toujours aucune tache rosée lenticulaire; la raie cérébrale hypérémique apparaissait encore avec intensité sur la peau du ventre et des cuisses; l'hypéresthésie musculaire avait diminué dans la cuisse droite; mais, par contre, elle existait très-développée dans la cuisse gauche; il n'y avait, d'ailleurs, aucune contracture, ni aucune paralysie; la constipation était persistante; il y avait encore de la toux, accompagnée de quelques crachats incolores et inégalement aérés; les bruits de frottement pleurétique devenaient de plus en plus marqués, dans les régions sus et sous-épineuses droites, sans qu'il y eût, d'ailleurs, de matité ni de retentissement pathologique de la voix; on ne trouvait rien d'appréciable du côté gauche du thorax.

Continuation de l'iodure de potassium à la dose d'un gramme 50 centigrammes par jour; bouillon et potage.

Le 21 novembre, la malade a le sentiment du mieux; elle a goûté un peu de bon sommeil pendant la nuit; elle a moins mal à la tête; le pouls est descendu à 68 pulsations; la raie cérébrale hypérémique se dessine lentement, atteint son maximum de coloration au bout d'une demi-minute, et disparaît presque complétement au bout de deux minutes.

Iodure de potassium 1 gramme 50 centigrammes, bouillons, potages.

Le 22, le pouls est à 76 pulsations; le mieux continue dans tous les symptômes.

Traitement *ut supra.*

Jusqu'au 29 novembre, l'amélioration se continue progressivement; le mal de tête disparaît; le sommeil devient calme; le ventre perd sa sensibilité exagérée; les garde-robes sont régulières; la toux est peu fréquente, et aucun nouveau signe n'apparaît du côté du thorax. La malade continue à prendre l'iodure de potassium tous les jours.

Le 29, il y eut une aggravation considérable dans l'état de la malade; la fièvre se ralluma de nouveau; le pouls remonta à 100 pulsations; la céphalalgie redevint intense; l'insomnie reparut; et la malade fut très-agitée toute la nuit; les pupilles redevinrent très-dilatées; sans troubles de la vue; la langue redevint blanche; les nausées reparurent, mais sans vomissement; il y eut deux garde-robes diarrhéiques; le ventre était très-déprimé et douloureux à la pression. Il y avait encore un peu de toux, mais les bruits de frottement pleurétique que l'on entendait dans le côté droit de la poitrine, avaient presque totalement disparu.

L'hypéresthésie cutanée et musculaire était très-notablement développée aux deux cuisses, surtout à la droite; la raie cérébrale hypérémique réapparaissait très-distinctement.

Traitement. — Cataplasmes laudanisés sur le ventre, lavement avec douze gouttes de laudanum, julep avec iodure de potassium, 1 gramme 50 centigrammes, bouillon.

Le 30, le pouls était à 108 pulsations; la malade avait un grand mal de tête ; elle avait eu plusieurs vomissements depuis la veille ; elle était reprise d'un dégoût très-prononcé pour toute chose ; la soif était presque nulle ; la langue était blanche et humide ; il y avait toujours absence de taches rosées lenticulaires ; le ventre était très-aplati ; il n'y avait pas eu de nouvelles selles ; les urines étaient normales ; l'hypéresthésie persistait sur la peau du ventre et des cuisses.

Iodure de potassium, bouillons, cataplasmes.

Le 1er décembre, la fièvre avait diminué ; le pouls était tombé à 80 pulsations ; le mal de tête était moins intense ; il

y avait eu un peu de sommeil pendant la nuit ; les vomissements n'avaient pas reparu ; il y avait eu une selle mollasse ; le ventre était presque indolent partout ; il y avait encore un peu d'exagération de la sensibilité à la pression dans la partie supérieure des cuisses ; la raie hypérémique se dessinait encore facilement sur la peau ; la malade avait beaucoup toussé depuis la veille ; elle avait rendu quelques crachats muqueux semi-opaques ; la percussion du thorax ne fournissait que des signes négatifs ; l'auscultation faisait constater un peu de rudesse de la respiration dans la région sus-épineuse droite ; les bruits de frottement qui existaient précédemment avaient disparu.

On continua l'usage de l'iodure de potassium, les bouillons et les potages.

Le 2 décembre, le pouls était à 78 pulsations ; le mieux se maintenait.

Traitement *ut supra*.

Jusqu'au 10 décembre, l'état de la malade s'améliora chaque jour ; le pouls tomba à 68 pulsations ; la malade avait le sentiment du bien-être ; elle dormait un peu chaque nuit ; le mal de tête l'avait quittée ; elle reprenait chaque jour un peu plus d'appétit, son ventre restait néanmoins encore un peu sensible à l'épigastre et dans les régions iliaques ; les selles étaient convenables ; la raie hypérémique ne se dessinait plus que très-incomplétement, et ne durait plus à peine qu'une minute ; la sensibilité des cuisses avait également disparu ; il y avait encore un peu de toux et quelques crachats insignifiants ; on ne découvrait, par l'examen du thorax, qu'un peu de rudesse du bruit respiratoire dans la fosse sus-épineuse droite, sans matité et sans bronchophonie ; la malade se sentait encore très-faible, et désirait néanmoins ardemment se lever ; nous la gardâmes dans le service pendant plusieurs mois encore, pendant lesquels elle continua l'usage de l'iodure de potassium, et sans qu'il se manifestât de nouveaux accidents.

Le diagnostic reconnu vrai, la question de guérison ne me paraît pas discutable ; il est évident que cette femme est en-

trée à la Pitié dans un état de maladie aiguë grave, dont tous les symptômes ont successivement disparu du 2 au 10 décembre, époque à laquelle la convalescence s'est établie, après trente-neuf jours d'un alitement continu, et que la guérison s'est maintenue pendant tout le temps que la malade est restée sous nos yeux, c'est-à-dire jusqu'au 4 mars 1864.

Sans doute, on pourrait m'objecter, et je suis le premier à le penser, que la persistance de la toux et de la rudesse de l'expiration dans la fosse sus-épineuse du côté droit, peut et doit laisser des craintes pour une tuberculisation ultérieure; mais, comme je l'ai dit tant de fois, alors qu'une phthisie chronique se déclarerait chez la malade, après des mois ou après des années, cela ne contredirait en rien la guérison de l'état de maladie aiguë dont elle était atteinte, au moment de son entrée à la Pitié.

Voici un troisième fait d'affection granulique encore terminée par la guérison ; la maladie a commencé par être générale, et s'est présentée, tout d'abord, avec les symptômes d'une fièvre continue ; puis une double pleurésie est survenue, dans le côté gauche, d'abord ; dans le côté droit, quelques jours après ; les épanchements se sont très-rapidement résorbés sous l'influence de quelques vésicatoires ; mais, malgré leur disparition, l'état général ne s'améliorait pas, tandis que des symptômes abdominaux et céphaliques apparaissaient de nouveau. Enfin, après deux mois de maladie, la santé reparut, et la malade quitta mon service en très-bon état.

La nommée Marie Grandjean, agée de vingt-sept ans, domestique, entra à la Pitié le 16 novembre 1863, salle Notre-Dame, n° 61.

D'une belle constitution, cette fille ne connaît aucun scrofuleux, ni aucun tuberculeux parmi ses ascendants et ses collatéraux ; et elle se porte habituellement très-bien. Accouchée à la Maternité le 29 septembre 1863, elle n'allaita pas son enfant, et elle n'a pas revu ses règles depuis ses couches. Elle est rentrée en place dans le milieu du mois d'octobre ; mais bientôt sa santé s'est altérée ; elle a éprouvé du malaise, de la faiblesse; du mal de tête, des étourdissements, des vertiges ;

elle ne pouvait plus se tenir debout sans que la tête lui tournât; elle ne dormait plus la nuit, où si elle s'assoupissait, elle était fatiguée par des rêves continuels. Elle perdit complétement l'appétit; elle fut prise au bout de quelques jours, de douleurs dans le ventre, et d'une constipation rebelle, qui céda cependant à une médecine que lui fit prendre un médecin de la ville. Elle n'éprouva rien du côté de la poitrine; ni douleur, ni toux, ni expectoration. Elle fut forcée de se mettre au lit, et après quinze jours de persistance de ces mêmes symptômes, elle entra à l'hôpital.

Lors de notre première visite, le 17 novembre 1863, elle était dans l'état suivant : sa physionomie était assez animée; mais elle offrait un certain degré de stupeur; la malade se plaignait d'un violent mal de tête, qui occupait particulièrement les régions sus-orbitaire et temporale du côté droit, et qui s'augmentait par les mouvements; elle accusait des tintements et des sifflements dans l'oreille droite; les pupilles étaient extrêmement dilatées, cependant elles conservaient un certain dégré de contractilité; la malade n'éprouvait ni photophobie, ni amblyopie. Rien de notable n'existait du côté de l'organe de l'odorat; il n'y avait pas eu d'épistaxis.

La malade se sentait très-faible; elle n'avait point cependant l'apparence d'avoir maigri. La langue était recouverte d'un enduit blanchâtre assez épais; elle était très-légèrement animée sur ses bords et à la pointe; la soif n'était pas vive; la malade n'avait point d'appétit; elle éprouvait, au contraire, du dégoût et quelques nausées, sans vomissements. Le ventre n'était point ballonné; mais il était assez sensible à la pression. au creux de l'estomac, et dans le flanc droit; la palpation causait de la douleur, et ne faisait rien découvrir de particulier dans l'abdomen; on ne pouvait produire de gargouillement ni dans la région iliaque droite, ni dans le reste du ventre. La malade éprouvait de la constipation depuis plusieurs jours; les urines ne présentaient rien de particulier. Le toucher vaginal n'était pas douloureux, et ne faisait reconnaître aucune maladie des organes pelviens; on ne constatait aucun trouble fonctionnel, ni aucun signe physique du côté

du thorax. Le pouls donnait 84 pulsations; la peau n'était point fébrile; il n'y avait point de sueurs, ni aucune éruption cutanée.

Prescription. — Limonade, deux pots; Sedlitz, une bouteille ; bouillons et potages.

La malade fut notablement purgée par l'eau de Sedlitz; mais son état ne fut pas sensiblement modifié.

Le diagnostic présentait une grande difficulté ; les signes de la fièvre typhoïde étaient incomplets et insuffisants. Si, d'un côté, le mal de tête, les tintements d'oreilles, l'insomnie, les rêvasseries, l'affaiblissement musculaire, la tendance aux vertiges, concordaient assez bien, avec l'idée d'une dothiénentérie ; d'un autre côté, les dix-sept jours de maladie déjà écoulés, l'apyrexie, l'absence de météorisme abdominal, de gargouillement, de diarrhée, de taches rosées lenticulaires, etc., s'accordaient assez mal avec l'idée de cette maladie ; d'autre part, les troubles céphaliques étaient peu en rapport, par leur intensité et leur persistance, avec un simple embarras gastrique, ou avec une simple fièvre gastrique apyrétique.

Le 20 novembre, la malade nous dit éprouver un peu de douleur dans le côté gauche de la poitrine ; elle ne toussait pas, elle ne crachait pas; et sa respiration ne paraissait point pénible ; nous trouvâmes dans le tiers inférieur de la poitrine du côté gauche, une matité notable ; et dans la même étendue, un affaiblissement très - appréciable du murmure vésiculaire, ainsi qu'une diminution notable des vibrations thoraciques, pendant que parlait la malade ; mais on n'entendait pas d'égophonie. Le mal de tête persistait, d'ailleurs, ainsi que les bruits d'oreilles, toujours limités au côté droit ; les pupilles restaient très-dilatées, sans trouble de la vue ; la soif était modérée, la langue était toujours blanche ; la malade conservait le même dégoût pour les aliments, et même pour le bouillon, qu'elle ne prenait qu'avec une extrême répugnance. Depuis la veille, la fièvre s'était éveillée ; la peau avait de la chaleur, le pouls donnait cent pulsations.

Traitement. — Application d'un vésicatoire sur le côté gauche du thorax ; lavement de guimauve ; chiendent miellé

nitré; julep gommeux additionné de 10 centigrammes de poudre de digitale.

Le jour suivant, l'épanchement pleurétique avait augmenté; la matité remontait en arrière, jusqu'à la moitié de la poitrine. Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, on entendait de la respiration tubaire et de l'égophonie; la malade toussait un peu; mais elle ne crachait pas.

Continuation de la digitale et du nitrate de potasse.

Le 22 novembre, les mêmes symptômes persistaient; il y avait eu, en outre, plusieurs vomissements; le pouls donnait encore cent pulsations.

Traitement *ut supra*.

Le 23, persistance du mal de tête; vomissements fréquents depuis la veille; ventre très-sensible dans la région épigastrique; expression de douleur sur la physionomie de la malade, pendant la palpation abdominale. En pressant avec la main la partie inférieure des cuisses, on constatait une exagération très-considérable de la sensibilité des muscles de la cuisse droite. Ce phénomène pathologique existait à peine du côté gauche; on constatait de nouveau l'absence totale de taches lenticulaires sur la peau; la constipation persistait; le pouls était à quatre-vingt-seize pulsations. En traçant avec l'ongle plusieurs raies sur la peau du ventre et de la poitrine, on voyait apparaître la tache cérébrale hypérémique, qui durait deux minutes avec intensité; les symptômes thoraciques n'étaient pas modifiés.

Traitement *ut supra*.

Le 24 novembre, la pleurésie devint double: un épanchement pleurétique apparut dans le côté droit de la poitrine, et se caractérisait par de la matité dans la moitié inférieure, par de la respiration tubaire et par de l'égophonie.

La malade toussait un peu plus que les jours précédents; mais elle avait peu de dyspnée. Ce qui l'affligeait le plus, c'était la persistance du mal de tête, qui, disait-elle, ne lui laissait aucun répit, et l'empêchait complétement de dormir. Elle avait vomi plusieurs fois encore, des matières légèrement bilieuses; la tache cérébrale hypérémique se dessinait facile-

ment sur la peau, comme la veille. L'hypéresthésie musculaire de la cuisse droite persistait; elle se manifestait aussi un peu du côté de la cuisse gauche; le pouls donnait quatre-vingt-huit pulsations. On appliqua un deuxième vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.

La malade se plaignant de la tisane nitrée, qui, disait-elle, augmentait ses nausées, on lui donna de la tisane gommée, et on continua la digitale dans un julep: les bouillons et les potages.

Le 25 novembre, l'état était sensiblement le même que la veille; le vésicatoire avait bien pris; l'épanchement du côté gauche avait diminué; mais celui du côté droit conservait les mêmes signes que la veille; la malade avait encore vomi deux fois. La céphalalgie était un peu moins intense; la malade avait le sentiment d'un peu de mieux être. La tache cérébrale offrait les mêmes caractères.

Le 28 novembre, l'état de la malade ne s'était point notablement modifié pendant les jours précédents; elle éprouvait encore du mal de tête et des sifflements dans l'oreille droite: elle ne dormait toujours pas; les pupilles restaient très-dilatées, et la physionomie offrait encore un certain degré de stupeur. La langue restait toujours blanche; il y avait toujours un grand dégoût pour les aliments; les vomissements avaient cessé. La tache cérébrale se dessinait toujours avec la même netteté, et durait encore pendant deux minutes; le pouls donnait 80 pulsations.

Traitement *ut supra*.

Jusqu'au 30 novembre, la malade resta dans le même état général; les épanchements droit et gauche diminuant un peu de jour en jour.

Le 3 décembre, il y eut disparition de tous les signes d'épanchement; retour de la respiration vésiculaire des deux côtés de la poitrine, et apparition de quelques râles sibilants en avant et en arrière, en même temps que la sonorité revenait dans les parties déclives du thorax.

Malgré la disparition de cette double pleurésie et malgré l'apyrexie complète dans laquelle se trouvait la malade, son

état restait encore singulièrement maladif; le mal de tête persistait; les bruits d'oreilles, bien que moins intenses et moins continus, reparaissaient de moments à autres; il y avait toujours de l'insomnie, ou bien des rêvasseries fatigantes, dès que la malade s'assoupissait; la langue restait toujours chargée; le dégoût n'avait point disparu; la malade ne prenait du bouillon et quelques cuillerées de potage qu'avec une extrême répugnance; elle n'allait toujours que difficilement à la garde-robe, et à l'aide des lavements; elle avait toujours de la sensibilité à l'épigastre et du côté des flancs; elle conservait aussi de l'hypéresthésie musculaire dans les deux cuisses, et toujours plus à droite qu'à gauche; enfin la tache cérébrale apparaissait toujours facilement.

Cet état, qui avait précédé la double pleurésie, et qui persistait encore après, me porta à penser que la pleurésie n'était pas simple, et que nous avions affaire à une maladie granulique. Dès ce moment, je fis prendre à la malade l'iodure de potassium, à la dose d'un gramme par jour.

Jusqu'au 20 décembre, les symptômes restèrent les mêmes, sans modification notable; mais à partir de cette époque, il y eut un mieux progressif; le sommeil reparut; la céphalalgie et les troubles de l'ouïe disparurent; la malade reprit peu à peu de l'appétit; l'hypéresthésie abdominale, ainsi que celle des membres, diminua peu à peu; enfin la tache cérébrale ne se dessina plus qu'incomplétement: la malade commença à se lever, et reprit chaque jour un peu de force.

Le 4 janvier 1864, elle se trouvait bien, et elle demanda à sortir, en promettant de prendre encore quelque temps l'iodure de potassium, sous l'influence duquel sa santé s'était rapidement améliorée.

Elle ne souffrait plus de nulle part, et elle pouvait travailler; elle conservait néanmoins quelque chose de singulier dans le regard; elle voyait bien; mais ses pupilles restaient très-dilatées. Elle mangeait de bon appétit, et les digestions se faisaient bien; les règles ont reparu quelques jours avant sa sortie; la poitrine, explorée minutieusement de nouveau, ne présentait plus aucun signe de maladie.

L'on peut faire incontestablement, à propos de cette malade, les mêmes réserves que sur les autres, relativement à la possibilité d'une tuberculisation ultérieure; mais il est certain que la maladie pour laquelle elle est entrée dans mon service, et pour laquelle elle y est restée du 16 novembre 1863 au 4 janvier 1864, n'était point une tuberculisation, et que pendant tout son séjour à la Pitié, il n'y a eu aucun symptôme de tuberculisation.

Nous rencontrons chez elle, comme chez le malade du n° 26 de la salle Saint-Benjamin, une double pleurésie, dont l'épanchement se résorbe avec une très-grande rapidité, et qui laisse après elle un état général et des troubles d'innervation qui n'appartiennent jamais à la pleurésie simple; la rapidité avec laquelle les épanchements de la pleurésie granulique se résorbent, est très-digne d'attention; chez cette malade, les signes pleurétiques n'ont duré que du 20 novembre au 3 décembre, c'est-à-dire à peine douze à treize jours, puisque le 3 décembre, j'ai ausculté la malade très-minutieusement, et que je n'ai plus trouvé aucun signe de pleurésie. La pleurésie *tuberculeuse* est bien loin d'avoir cette allure, et elle donne facilement lieu à un épanchement purulent, ce qui ne se voit point, primitivement au moins, dans la pleurésie granulique.

Je pense qu'il n'est pas nécessaire d'insister de nouveau sur toutes les raisons qui prouvent que la malade dont il s'agit n'a pas eu une fièvre typhoïde. Si, au moment où elle est entrée à la Pitié, on pouvait encore supposer avoir affaire à cette maladie, quelques jours d'un examen sérieux ne pouvaient plus permettre de le croire; car, bien qu'il y eût chez elle des troubles du côté des trois cavités, ces troubles n'étaient point ceux qui appartiennent à la fièvre typhoïde; les troubles thoraciques ne sont point des phénomènes pleurétiques dans la dothiénentérie, mais bien des symptômes bronchiques et pulmonaires; et les symptômes abdominaux consistent, dans cette maladie, dans la diarrhée, le ballonnement du ventre, le gargouillement iléo-cœcal, et non dans les vomissements, la constipation, l'aplatissement du ventre, et l'exagération

de sa sensibilité superficielle et profonde. Enfin, parmi les troubles de l'innervation, qui dépendent de la dothiénentérie, on ne rencontre ni l'hypéresthésie cutanée, ni l'hypéresthésie musculaire, comme chez cette malade.

Le diagnostic n'est donc pas douteux : c'est bien une affection granulique, analogue à toutes celles qui ont été précédemment confirmées par les autopsies, que nous avons vu guérir sous nos yeux ! Seulement, l'inflammation granulique, après avoir parcouru la surface des membranes séreuses des trois cavités, s'est éteinte peu à peu, sans se propager à la substance blanche centrale du cerveau, et sans en provoquer la désorganisation, ainsi qu'il arrive dans la forme expressément cérébrale de la maladie. Si la malade fût morte d'une façon accidentelle, au moment où elle a quitté mon service, je suis convaincu que l'on aurait trouvé, sur les membranes séreuses, les traces du passage de l'inflammation granulique, savoir : des adhérences celluleuses de nouvelle formation, entre les surfaces séreuses contiguës, et quelques granulations fibro-plastiques, disséminées à la surface des plèvres et du péritoine.

Le malade dont je vais actuellement parler, a été atteint d'un affection granulique légère, qui offre un double intérêt, et par sa terminaison heureuse, et par les circonstances pathologiques dans lesquelles elle s'est développée chez lui.

Au n° 3 de la salle Saint-Benjamin, est entré le 20 décembre 1863, un garçon maçon, âgé de 19 ans, doué en apparence d'une belle et bonne constitution ; il ne connaissait dans sa famille aucun antécédent de scrofule ni de maladie de poitrine ; son père et sa mère vivaient encore et se portaient bien ; il avait un frère qui jouissait également d'une bonne santé. Ce garçon nous racontait qu'il toussait depuis près de deux mois et qu'il sentait, par moments, sa respiration un peu gênée, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant. Il n'avait jamais craché de sang, et il ne s'enrhumait pas facilement.

Il avait continué à travailler pendant environ six semaines ; mais depuis quinze jours, il avait été forcé de s'arrêter, et il se trouvait tout à fait malade.

Il avait, nous disait-il, presque continuellement mal à la tête, au niveau du front et de la tempe droite; il éprouvait aussi incessamment des bourdonnements et des sifflements dans l'oreille droite; il avait les deux pupilles très-dilatées; mais il n'éprouvait ni amblyopie ni photophobie; il n'avait pas eu d'épistaxis.

Il ne dormait à peine depuis quinze jours, et quand il s'assoupissait, il éprouvait de suite des rêves fatigants. Il trouvait que, depuis la même époque, ses forces avaient beaucoup diminué; et il éprouvait un sentiment de malaise général très-prononcé.

Il avait peu de soif; sa langue était blanchâtre et humide, il avait du dégoût pour toute espèce de nourriture, et n'avait, pour ainsi dire, rien pris depuis une quinzaine de jours.

Il n'avait pas eu de vomissements; son ventre était souple et indolent; la palpation n'y faisait rien découvrir; on ne déterminait de gargouillement nulle part; il n'y avait pas eu de garde-robes depuis plusieurs jours; les urines étaient peu abondantes, et ne présentaient rien de particulier. Sa peau n'était pas exagérément chaude; elle n'était le siége d'aucune éruption; il n'y avait ni taches rosées lenticulaires, ni sudamina.

En traçant sur le ventre des lignes avec le dos de l'ongle, on ne causait aucune douleur, et une traînée rouge apparaissait lentement sur ces lignes; la coloration hypérémique acquérait son maximum d'intensité en une demi-minute; puis après une minute elle se rétrécissait, elle pâlissait, elle s'interrompait de distance en distance, et s'éteignait complétement, après une durée de deux minutes.

La sensibilité cutanée n'était pas modifiée; il n'y avait nulle part d'hypéresthésie; le pouls donnait 68 pulsations par minute; on ne découvrait rien du côté du cœur.

Le malade toussait un peu; mais il ne crachait pas; il n'avait pas de douleur de côté; et l'examen de la poitrine ne révélait aucun signe de lésions pulmonaires ou pleurales.

En résumé, ce garçon avait l'air assez malade, et cependant

tout son état de maladie se réduisait à du mal de tête, à des sifflements d'oreille, à de l'insomnie, à de l'inappétence, et à un sentiment de faiblesse et de profond malaise.

A quelle affection avions-nous affaire ?

S'agissait-il d'une fièvre typhoïde? Mais l'absence de fièvre, le défaut de gargouillement abdominal, la constipation, l'absence de taches lenticulaires après quinze jours de maladie, étaient autant de raisons qui éloignaient l'idée de cette affection.

S'agissait-il d'une fièvre gastrique? Mais nous venions de constater qu'il n'y avait pas de fièvre; qu'il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni état bilieux, et qu'il y avait de la toux, qui n'avait aucune raison d'être dans une fièvre gastrique.

Avions-nous affaire à une bronchite simple? L'état de faiblesse générale, et les troubles de l'innervation, tels que la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles, l'insomnie, non plus qu'une inappétence aussi prononcée, n'étaient pas en rapport avec une bronchite simple, qui se fût accomplie sans expectoration, et sans signes d'auscultation. Une irritation simple des bronches ne cause point tant de phénomènes sympathiques, sans produire en même temps des troubles considérables dans les fonctions respiratoires!

Enfin, dans toutes ces hypothèses, la tache cérébrale hypérémique aurait été sans aucune valeur; or, dans cette circonstance, il me paraissait utile de la prendre en considération. En procédant par voie d'exclusion, autant qu'en appuyant notre jugement sur tous les symptômes recueillis, il nous semblait extrêmement probable que ce malade était atteint d'une affection granulique légère.

On lui prescrivit 30 grammes d'huile de ricin, de la tisane de gomme, des bouillons et des potages.

Le 24 décembre, l'état du malade n'avait pas notablement changé; les mêmes symptômes céphaliques persistaient; le pouls restait à 68 pulsations; il n'apparaissait toujours aucune tache lenticulaire, et les raies hypérémiques se dessinaient avec la même vivacité.

Le diagnostic fut maintenu, et l'on soumit le malade à l'usage de l'iodure de potassium.

Jusqu'au 10 janvier 1864, aucun changement notable ne survint dans l'état du malade, et chaque jour nous notions les mêmes symptômes qui ont été déjà signalés; à partir de ce moment, il survint une certaine amélioration; ainsi l'appétit se réveilla un peu; la langue perdit son enduit blanchâtre; la toux cessa complétement; le malade parvint à manger une portion, qu'il digérait convenablement; cependant, il conservait un mal de tête vague qui, par instants, acquérait encore une grande intensité, et qui le faisait beaucoup souffrir; il ressentait, de temps à autre encore, des sifflements et des bourdonnements d'oreilles; ses pupilles restaient très-dilatées; son sommeil était troublé par des rêvasseries continuelles.

Il conservait un sentiment de malaise et de faiblesse qui contrastait avec l'apyrexie complète de la maladie; le pouls variait de 64 à 68 pulsations; la chaleur de la peau n'était pas exagérée; il n'y avait pas de sueurs nocturnes.

On continua l'usage de l'iodure de potassium, à la dose d'un gramme cinquante centigrammes par jour.

Le 15 janvier, les troubles céphaliques n'avaient pas encore cessé, et le malade accusait un malaise extrême. La tache cérébrale hypérémique se produisait toujours très-facilement; le malade ne toussait plus, et l'examen le plus attentif de la poitrine ne nous permit de découvrir aucune lésion thoracique, à laquelle il fût possible de rattacher cet état de faiblesse inexplicable.

Tandis que nous l'examinions, avec les personnes qui suivaient ma clinique, que nous discutions sur la nature de son affection, et sur les doutes que laissait nécessairement dans l'esprit un tel état de maladie, quand il n'était pas contrôlé par l'autopsie, nous trouvâmes que les ganglions inguinaux étaient notablement engorgés des deux côtés, et nous découvrîmes que le malade était atteint d'une double orchite tuberculeuse, déjà très-développée du côté gauche, et plus récente du côté droit.

Interrogé sur le temps depuis lequel il portait cet engorgement des testicules, ce garçon nous dit qu'il s'en était aperçu depuis environ un an, qu'il n'en avait jamais souffert, et qu'il pensait que cela provenait d'efforts qu'il se serait donnés en travaillant, sans s'en apercevoir. L'épidydime gauche était très-gros et tout bosselé; le testicule présentait aussi beaucoup d'indurations inégales, mais il n'était pas douloureux: je fis voir le malade à mon ami, le professeur Gosselin, qui confirma le diagnostic d'une double orchite tuberculeuse.

La découverte que nous venions de faire donnait un grand poids au diagnostic que j'avais porté, car les tuberculeux ont une prédisposition incontestable aux affections granuliques; et bien que ce garçon n'eût, du côté de sa famille, aucun antécédent de tuberculisation, et que lui-même, par sa constitution, ne parût d'abord pas avoir les attributs d'une telle prédisposition, il n'en était pas moins bel et bien tuberculisé.

Si j'avais eu connaissance de cette tuberculisation, au moment où j'ai porté le diagnostic d'une affection granulique, on aurait pu penser que mon jugement subissait l'influence que l'existence de cette maladie devait exercer sur mon esprit; mais le malade était entré dans mon service le 20 décembre, et, comme on le voit, ce n'est que le 15 janvier que nous eûmes connaissance de sa tuberculisation.

Or, était-il possible d'attribuer à la tuberculisation des testicules et des épidydimes, l'ensemble des symptômes que le malade éprouvait depuis plus d'un mois? Évidemment non: car si l'affaiblissement général et l'état de malaise du malade pouvaient, jusqu'à un certain point, lui être rapportés, les troubles céphaliques en étaient bien certainement indépendants.

On continua l'usage de l'iodure de potassium, à la dose d'un gramme cinquante centigrammes par jour; et, peu à peu, tous les symptômes de la maladie aiguë disparurent.

Le malade recouvra sa belle santé ordinaire; je le gardai dans mon service jusqu'au 21 mars 1864, et pendant tout ce temps, il prit l'iodure de potassium.

Il partit en emportant ses testicules tuberculeux, mais en ayant recouvré néanmoins toutes ses forces, et en ayant tous les attributs d'une excellente santé générale.

Un exemple de granulie légère, analogue à celui qui précède, m'a été offert par une jeune fille, vraisemblablement en voie de tuberculisation pulmonaire; voici en quelques mots son histoire :

Entrée dans mon service le 12 octobre 1864; elle est âgée de vingt et un ans ; elle est marchande de sabots; elle habite Paris depuis trois ans seulement, et n'y a pas fait de maladie, autre qu'une petite vérole, qui ne lui a laissé presque aucune marque; elle est bien réglée, et se porte habituellement bien; elle nous raconte que sa santé s'est altérée depuis deux mois environ; qu'elle a contracté un rhume de poitrine qu'elle a négligé, et qui finit par la fatiguer beaucoup.

C'est surtout depuis trois semaines qu'elle se sent malade; qu'elle a la tête lourde, qu'elle dort mal la nuit; qu'elle ne mange presque pas, et que ses forces diminuent; enfin depuis huit jours, elle est complétement arrêtée, et garde le lit. Lors de son entrée à la Pitié, elle présente les symptômes suivants : elle a de la fièvre; sa peau est chaude et moite; le pouls est ample et bat 104 fois par minute; sa physionomie est empreinte d'une stupeur profonde; ses yeux sont brillants; ses pupilles très-largement dilatées; ses pommettes sont animées; elle accuse un violent mal de tête, qui depuis huit jours ne l'a pas quittée un seul instant, et qui est plus prononcé du côté gauche de la tête que du côté droit; elle a complétement perdu le sommeil depuis la même époque, et ne peut se tenir sur ses jambes, ou même assise sur son lit, sans éprouver des vertiges; elle a quelques bourdonnements passagers dans les oreilles; elle n'a aucun trouble de la vue; elle a saigné plusieurs fois du nez, depuis huit jours, ce qui ne lui arrive presque jamais dans son état de santé.

Sa langue est blanchâtre et très-notablement collante; la soif est assez vive; la malade éprouve un profond dégoût; elle a sans cesse des nausées, et depuis quatre jours, elle a un peu de diarrhée, sans coliques; le ventre est très-contracté,

et il est très-sensible à la moindre pression, dans toute son étendue ; on ne peut le palper sans causer une véritable douleur, et sans faire grimacer la malade d'une étrange façon ; malgré les garde-robes liquides, on ne produit pas de gargouillement dans la région iliaque droite, qui n'est ni plus ni moins sensible que celle du côté opposé.

La rate, à la percussion, ne paraît pas notablement augmentée de volume ; la peau n'est le siége d'aucune éruption ; on ne découvre nulle part de taches rosées lenticulaires, ni de sudamina ; mais la raie cérébrale hypérémique se produit avec facilité, et dure assez longtemps.

Il n'y a nulle part de contracture, ni de paralysie.

La malade tousse souvent ; mais elle ne crache presque pas ; elle n'a pas de douleur de poitrine, elle n'a jamais eu de crachement de sang ; rien de particulier ne s'observe dans la conformation du thorax, dont les parois sont assez amaigries ; comme signes physiques, on constate un peu de matité dans la fosse sus-épineuse du côté droit, et dans la même étendue, une respiration sèche, avec expiration rude et prolongée ; le retentissement de la voix n'y paraît pas notablement exagéré ; d'ailleurs, on ne rencontre ni craquements humides, ni râles sibilants, ni bruits pleurétiques.

Quel diagnostic fallait-il porter?

Prenant en considération la toux qui durait depuis deux mois, l'amaigrissement de la malade, et les signes stéthoscopiques, fournis par la région sus-épineuse droite, il me parut probable que cette fille était atteinte d'un commencement de tuberculisation pulmonaire, et qu'elle était en outre atteinte, depuis trois semaines, d'une maladie aiguë, qui ne pouvait être autre chose qu'une fièvre typhoïde, ou une affection granulique. En faveur de la maladie typhoïde, je trouvais quelques troubles de l'innervation, l'insomnie, la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles, la tendance aux vertiges, les épistaxis, la diarrhée et l'état fébrile ; mais contre cette maladie, et en faveur d'une affection granulique, il se présentait bien des raisons : la probabilité, presque certaine, d'un organisme en voie de tuberculisation ; condition toujours

très-favorable à l'apparition des inflammations granuliques; l'absence de taches rosées lenticulaires, après une vingtaine de jours de maladie, dont huit avaient été passés au lit; les vomissements que la malade éprouvait continuellement, depuis quatre jours; la contraction des parois du ventre, et son aplatissement, malgré l'intensité des troubles d'innervation, et la stupeur profonde, dans laquelle se trouvait la malade; la vive sensibilité du ventre à la palpation, qui excitait assez de douleur pour faire grimacer la physionomie; l'absence de tuméfaction notable de la rate; enfin l'apparition de la tache cérébrale hypérémique, là, où l'on voulait la produire.

Au total, il me parut plus probable, lors de mon premier examen, que nous avions affaire à une affection granulique, à forme péritonéale et légèrement typhoïde, qu'à une dothiénentérie.

On prescrivit à la malade de la limonade, de l'eau vineuse, des lavements de guimauve, des fomentations émollientes sur le ventre et des bouillons.

Le 14, l'état de la malade ne s'est guère modifié; elle a eu quelques instants de sommeil, pendant lequel elle a beaucoup rêvé. Cependant son mal de tête persiste avec opiniâtreté; il est toujours plus intense à gauche qu'à droite; il y a eu moins de bourdonnements d'oreilles; il y a eu encore une épistaxis; les pupilles sont toujours très-dilatées; il n'y a ni amblyopie, ni photophobie; l'intelligence est bien conservée; mais il y a toujours une grande stupeur; la soif est encore vive; la langue reste blanchâtre et collante; il n'y a pas eu de nouveaux vomissements, la malade a été en diarrhée, en rendant ses lavements; le ventre est toujours contracté, et très-sensible à la pression; on ne détermine pas de gargouillement dans la région iliaque droite; la fièvre est toujours assez forte; le pouls est à 96; la peau est chaude et encore moite; il n'y a toujours ni sudamina, ni taches lenticulaires; mais toujours très-facile manifestation des raies cérébrales hypérémiques sur la peau.

La peau du ventre, des cuisses et des jambes est le siége

d'une notable hypéresthésie, qui occupe aussi les masses musculaires des cuisses et des mollets ; on ne peut presser avec la main ces parties, sans causer de la douleur, et sans provoquer une grimace.

La malade a beaucoup toussé, sans expectorer ; les mêmes signes de tuberculisation existent encore dans la fosse sus-épineuse droite ; il n'y a toujours aucun râle sibilant dans le reste de la poitrine.

Limonade, eau vineuse, julep avec iodure de potassium un gramme, lavements émollients, fomentations émollientes sur le ventre, bouillons.

Le 15, persistance du même état ; un peu de sommeil, très-agité par les rêves ; le ventre est toujours rétracté, et très-sensible à la palpation ; il n'y a toujours pas de gargouillement dans la région iléo-cœcale droite ; il n'y a toujours aucune tache rosée lenticulaire ; les raies cérébrales hypérémiques se produisent toujours avec la même vivacité. et durent fort longtemps ; l'hypéresthésie cutanée et musculaire persistent aussi aux membres inférieurs.

Traitement *ut supra*.

Le 17, il y a un peu de mieux ; la stupeur est moins grande, et le mal de tête a diminué ; il y a eu un peu de sommeil calme ; le pouls tombe à 76 pulsations ; le ventre reste encore bien sensible et bien contracté ; l'hypéresthésie de la peau et des muscles est aussi prononcée que les jours précédents ; les raies cérébrales se montrent encore avec la même facilité.

Même traitement, bouillons et potages.

Le 19, la malade se sent notablement mieux ; sa physionomie est bonne ; il n'y a plus de stupeur, ni de mal de tête ; elle a dormi plusieurs heures de suite pendant la nuit ; la langue est encore un peu blanche, mais elle n'est plus collante ; il y a moins de dégoût pour les bouillons et les potages ; la toux persiste encore ; il y a eu trois ou quatre crachats grisâtres insignifiants ; il n'y a toujours aucun signe de pleurésie, mais persistance de la matité, et de l'expiration rude et prolongée dans la fosse sus-épineuse droite. La sensibilité du

ventre est encore exagérée, mais moins que les jours précédents ; il y a eu une selle normale ; l'hypéresthésie est bien moindre aux membres inférieurs.

Traitement *ut supra ;* une petite portion de poulet.

Le 20, le mieux se continue, la malade s'est levée un peu, et elle n'a pas éprouvé de vertiges ; elle se sent très-faible ; la fièvre a cessé ; le pouls est à 76 ; les garde-robes sont naturelles ; le ventre n'est plus contracté ; il est souple et presque indolent à la pression ; les raies cérébrales hypérémiques se produisent à peine et s'éteignent très-rapidement ; la malade a un peu d'appétit ; il n'y a rien de nouveau à la poitrine.

Traitement *ut supra.*

Le 21, la malade se sent assez bien et veut absolument se faire ramener chez elle ; elle est cependant encore très-faible ; elle a bien digéré la portion de poulet qu'elle a mangé la veille ; ses garde-robes sont naturelles, et le ventre n'est presque plus sensible à la pression ; l'hypéresthésie de la peau et des muscles a aussi presque totalement cessé ; la malade tousse encore ; elle sue un peu la nuit, et les mêmes signes stéthoscopiques persistent dans la fosse sus-épineuse droite ; les raies cérébrales hypérémiques ne se produisent plus sur la peau.

Je laisse partir la malade, en lui conseillant de prendre encore pendant quelques semaines l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue.

Il est certainement fort à craindre que cette fille ne devienne phthisique d'un moment à l'autre ; mais je ne saurais accepter que l'état aigu qui l'a forcée à garder le lit pendant une vingtaine de jours, et dont nous avons pu suivre les phénomènes, pendant les dix jours qu'elle est restée à la Pitié, soit symptomatique de la tuberculisation pulmonaire ; les signes stéthoscopiques sont restés chez cette malade ce qu'ils étaient au moment de son entrée, et ce n'est point ainsi que se comporte une tuberculisation aiguë. Si quelques doutes pouvaient être soulevés contre l'idée d'une affection granulique, ce ne serait qu'en faveur, ce me semble, de celle d'une fièvre typhoïde, survenant chez une personne en train de se tuberculiser ; mais j'ai dit tout à l'heure, en discutant le diagnostic de la

maladie, quelles étaient les raisons qui me faisaient repousser la probabilité d'une fièvre typhoïde. Je ne m'y arrêterai donc pas davantage ici (1).

Quoi qu'il en soit, on ne saurait contester, pour le moment, que cette malade n'ait été guérie de la maladie aiguë pour laquelle elle était entrée à l'hôpital; c'est un point qu'il m'importe de bien constater.

Je ne veux point fatiguer le lecteur, en multipliant inutilement les exemples d'affection granulique, terminée d'une heureuse façon; il serait facile d'en former aujourd'hui un groupe bien compacte, en réunissant tous ceux qui se trouvent disséminés dans différentes publications; mais je pense que pour laisser à une œuvre de la nature de celle-ci le poids qu'elle peut avoir, il convient de ne l'encombrer d'aucun fait qui ne se soit passé sous les yeux de son auteur, et dont il n'endosse conséquemment toute la responsabilité. C'est ce motif qui m'interdit d'appuyer la plupart de mes assertions sur des observations d'emprunt, recueillies sur des malades que je n'aurais pas suivis moi-même.

Je terminerai ces faits de guérison par une dernière observation, qui a été recueillie dans mon service, par un de mes élèves distingués, M. Hantraye.

La nommée Rosalie Caillot, couturière, âgée de vingt-quatre ans, entra salle Notre-Dame n° 56, le 4 mars 1863. C'est une femme au teint brun, vigoureusement constituée. Elle a été réglée à dix-huit ans seulement, et d'abord assez irrégulièrement; elle fut, dit-elle, chlorotique jusqu'à l'âge de vingt ans; à cette époque elle s'est mariée, elle a eu un enfant, et depuis lors, elle a joui d'une bonne santé. Ses père et mère vivent encore et sont bien portants. Elle n'a jamais entendu dire qu'il y ait eu dans sa famille des maladies de poitrine. Elle a eu une fièvre typhoïde il y a trois ans, dont elle a parfaitement guéri.

L'affection qui l'amène actuellement à la Pitié a commencé, il y a trois semaines, par du mal de gorge et une extinction

(1) Voyez chap. XI, *du Diagnostic.*

de voix qui l'empêchait complétement de parler; elle a commencé à tousser quelques jours après; elle a perdu l'appétit, et s'est senti de la fièvre; elle a traîné ainsi, en continuant à faire son ménage, pendant une douzaine de jours; enfin, n'y pouvant plus tenir, elle s'est mise au lit, huit jours avant de venir à l'hôpital, et elle ne s'est pas relevée depuis cette époque; actuellement, elle paraît être très-malade; elle a la face rouge, congestionnée; sa physionomie est hébétée; elle a beaucoup de stupeur; ses yeux ont quelque chose de particulier, assez difficile à décrire; les pupilles sont très-dilatées, les conjonctives sont injectées; tout l'œil est brillant, humecté, vif et hagard en même temps; la malade se plaint d'un violent mal de tête, qui ne la quitte pas depuis huit jours, et qui occupe principalement la partie postérieure de la tête.

Elle craint la lumière du jour, qui, dit-elle, augmente beaucoup sa douleur; elle ne dort pas du tout depuis plusieurs nuits, et auparavant elle était tourmentée par des rêvasseries continuelles.

Elle a de la fièvre; la peau est chaude et sèche; le pouls est à 100 pulsations; elle a de la soif; sa langue est blanche, rude et sèche au toucher; il n'y a pas de fuliginosités sur les gencives; elle a perdu l'appétit et ne prend rien depuis plusieurs jours; elle ne va à la selle que très-difficilement; elle est extrêmement constipée; son ventre n'est pas ballonné, on n'y produit pas de gargouillement; il est extrêmement sensible à la palpation, et même à la plus légère pression. On ne peut pas y tracer des lignes avec le revers de l'ongle, en vue de produire la tache cérébrale, sans causer la sensation d'une brûlure, qui persiste près d'une minute; la tache hypérémique apparaît d'ailleurs très-manifestement, et dure avec intensité au delà de trois minutes.

On ne découvre aucune tache rosée lenticulaire.

La respiration est courte, fréquente et rapide; la malade est fortement oppressée. Elle tousse souvent; la toux est sèche, quinteuse et un peu laryngée; la voix, qui s'était éteinte au début de la maladie, est revenue à son état normal.

Le thorax est, comme le ventre, le siége d'une hypéresthésie telle, que la percussion est très-pénible ; on ne découvre aucune différence de son entre les deux côtés ; l'auscultation fait constater à droite, en arrière et à la base, des râles sous-crépitants, ressemblant beaucoup à des frottements pleurétiques ; et à gauche, depuis le haut jusqu'en bas, des râles sibilants et muqueux nombreux.

Traitement : Gomme, deux pots ; sedlitz, une bouteille ; bouillons.

Le 6 mars, la malade paraît un peu mieux ; la purgation a déterminé trois évacuations alvines ; la fièvre est toujours vive, le pouls bat 104 fois par minute ; la respiration est toujours fréquente ; mais l'oppression est un peu moindre ; la langue est blanche et sèche ; le ventre est toujours très-sensible ; il n'y a toujours aucune tache lenticulaire.

Le 10 mars, l'état de la malade reste toujours très-grave ; la céphalalgie est extrêmement intense, et fait gémir la malade ; elle se plaint aussi beaucoup de la lumière et demande de l'obscurité ; ses pupilles sont très-dilatées ; il n'y a pas de strabisme ; la peau de tout le corps, et surtout celle de la poitrine, du ventre et des cuisses, est le siége d'une hypéresthésie très-marquée, et la moindre pression y fait naître une douleur accompagnée de gémissements et d'une contraction expressive des muscles de la face. La constipation persiste ; le ventre est aplati ; on ne découvre aucune tache lenticulaire. La peau est chaude et sèche ; le pouls est à 100 pulsations. La toux est encore fréquente ; on constate de la pleurésie du côté gauche.

Application sur le côté gauche d'un large vésicatoire volant ; gomme, bouillon.

Le 11, l'état n'a pas notablement changé ; le vésicatoire n'a pas produit grand effet ; la toux est toujours très-fréquente et fatigante ; le mal de tête est tout aussi violent ; le pouls reste à 100 pulsations.

Julep additionné de poudre de belladone, 5 centigrammes, et de musc, 50 centigrammes ; bouillon.

Le 12, sous l'influence du musc, la toux paraît s'être cal-

mée ; la malade se trouve un peu mieux ; il y a encore un peu d'épanchement dans la plèvre gauche, et quelques bruits de frottement à droite. L'hypéresthésie cutanée existe toujours d'une façon très-marquée.

Continuation du musc et de la belladone.

Le 14, la nuit a été très-mauvaise ; la malade a eu beaucoup d'agitation ; elle se plaint beaucoup de la tête, et rapporte le maximum de la douleur à la partie postérieure ; les yeux sont toujours brillants et le regard est singulier ; les pupilles sont très-larges, et la malade dit qu'elle voit les objets confusément, et qu'il lui est impossible de les fixer ; en effet, ses yeux changent incessamment de direction, malgré elle, comme si les muscles de l'œil éprouvaient une sorte de chorée ; la malade, dont la coloration du visage reste vive, présente toujours une grande stupeur, elle fait exécuter à sa tête des mouvements alternatifs de droite et de gauche, dont elle a bien conscience, et dont cependant elle dit ne pas pouvoir s'empêcher ; elle a beaucoup de bourdonnements et de sifflements dans les oreilles ; elle n'a pas reposé un seul instant de la nuit ; dès qu'elle se met sur son séant, la tête lui tourne, et elle se laisse retomber sur son oreiller.

La langue reste blanchâtre et collante ; il y a toujours une grande constipation ; le ventre est aplati, et conserve une grande sensibilité ; on ne découvre toujours aucune tache lenticulaire ; la tache méningitique est on ne peut plus caractérisée.

Il y a moins de toux et moins d'oppression ; les signes de pleurésie existent encore ; le pouls donne 104 pulsations.

Lavement avec séné et sulfate de soude, de chaque 30 grammes, continuation du musc, à la dose de 50 centigrammes ; sinapismes le soir sur les membres inférieurs ; bouillons.

Le 16, il y a un peu moins d'agitation ; la fièvre est moins vive ; le pouls tombe à 96 pulsations ; la malade a peu toussé, et souffre un peu moins de la tête ; bouillons.

Continuation du musc ; bouillons.

Le 20, il y a un mieux très-notable ; la stupeur a beaucoup

diminué; l'intelligence est moins abattue; le mal de tête est calmé; la vue n'est plus troublée, et les bourdonnements d'oreilles ont cessé. Le pouls tombe à 88 pulsations; le ventre est moins contracté et moins sensible à la palpation; il y a toujours constipation; la toux est peu fréquente; la respiration n'est plus gênée; quelques bruits de frottement persistent à la partie postérieure de la poitrine, ainsi qu'un peu d'affaiblissement du bruit respiratoire, à la base du côté gauche, et un peu de matité.

Lavement purgatif au séné et au sulfate de soude; continuation du musc; bouillons et potages.

Jusqu'au 25, l'amélioration s'est produite de jour en jour; le pouls est tombé à 80 pulsations; le mal de tête a presque complétement cessé; les pupilles se sont rétrécies, et la vue est devenue très-nette; la malade dort un peu la nuit, d'un sommeil réparateur; elle a le sentiment du bien à son réveil; cependant elle est très-faible et a encore quelques vertiges, quand elle s'asseoit sur son séant; elle tousse à peine quatre à cinq fois dans la journée; elle ne crache pas, et n'a plus aucune oppression; on ne retrouve plus dans la poitrine que quelques frottements du côté gauche, et une nuance de matité dans le quart inférieur du même côté.

Les deux sommets de la poitrine respirent très-convenablement.

La langue est humide, la soif n'est plus exagérée, et la malade reprend un peu d'appétit; le ventre n'est plus sensible à la palpation; l'hypéresthésie cutanée a disparu partout; la tache cérébrale hypérémique ne se produit presque plus.

Bouillons et potages.

Jusqu'au 28 mars, la convalescence se continue, et il n'apparaît plus de nouveaux symptômes; ce jour-là, la malade marche seule; elle est encore faible, mais sans aucune paralysie, et elle ne souffre plus de nulle part; elle a bon appétit; les selles sont régulières. La tache cérébrale n'apparaît plus, quand on trace des lignes sur la peau du ventre, et il n'y a plus du tout d'hypérestésie cutanée. La malade ne tousse pour ainsi dire plus, et il ne reste dans la poitrine qu'une très-légère

matité dans le quart inférieur du côté gauche, avec un très-léger affaiblissement du bruit respiratoire dans la même étendue.

Nous laissons emmener la malade, qui habite la banlieue aux environs de Draveil, avec promesse de revenir dans mon service, si elle retombe malade.

Je suis demeuré convaincu que cette femme, chez laquelle il n'y avait jamais eu d'antécédent tuberculeux, et qui était douée d'une forte constitution, avait été atteinte d'une affection granulique, avec détermination locale du côté des méninges et des plèvres, car il est véritablement impossible d'admettre que la maladie ait été une fièvre typhoïde, et il serait plus difficile encore, en présence des troubles de l'innervation, de croire, chez elle, à une pleurésie simple; la pleurésie était évidemment de même nature que la méningite, et toutes deux dépendaient vraisemblablement d'une affection granulique.

J'ai revu cette malade au mois d'avril et au mois de mai suivants ; la guérison ne s'était pas complétement maintenue; elle a été reprise dans le cours du mois d'avril de douleurs de tête et d'amaurose de l'œil gauche. Je lui ai prescrit un traitement à l'iodure de potassium, qu'elle devait suivre exactement chez elle; mais je ne l'ai plus revue depuis.

CHAPITRE XI

DU DIAGNOSTIC DE L'AFFECTION GRANULIQUE.

Des signes principaux de l'affection. — Du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde, entre la méningite simple et la méningite tuberculeuse. — En quoi la méningite tuberculeuse diffère de la granulie méningo-cérébrale. — Cette distinction n'est point une subtilité; cette dernière est une maladie générale, à détermination encéphalique; l'autre est une maladie toute locale. — Différence des signes propres à chacune d'elles ; elle est souvent méconnue chez les enfants. — Diagnostic différentiel entre la pleurésie simple, la pleurésie tuberculeuse, la pleurésie purulente. — Diagnostic différentiel entre la tuberculisation aiguë, la bronchite capillaire. — Diagnostic de la péritonite consécutive séro-phlegmoneuse.

Le diagnostic de la granulie est une des parties les plus importantes de son étude ; les signes de cette affection sont encore si mal établis, qu'à l'exception de celle de ses formes, connue sous le nom de fièvre cérébrale, elle passe le plus souvent sous les yeux du médecin, ou complétement méconnue, ou confondue avec la tuberculisation aiguë.

Je rappellerai, en premier lieu, les signes de la granulie, tels qu'ils se présentent à la clinique, dans la forme la plus générale de l'affection ; et en second lieu, je montrerai à quels signes on établira le diagnostic différentiel de ses différentes formes, avec d'autres maladies.

Dans sa forme la plus générale, la granulie se traduit par l'ensemble des troubles fonctionnels communs à la plupart des pyréxies ; et elle se caractérise autant par l'absence des signes particuliers à chacune d'elles, que par ceux qui lui sont propres ; parmi ces derniers, j'ai hâte de le dire, il n'y en a aucun qui soit pathognomonique, et qui permette, à lui seul, d'asseoir le diagnostic ; c'est de l'ensemble des symptô-

mes, c'est de leur rapprochement, et de leur comparaison, que l'on déduit les signes de l'affection, et qu'on juge de leur valeur.

Les principales fonctions de l'économie, sont plus ou moins troublées, comme dans les maladies expressément générales; l'invasion de la maladie, toujours plus ou moins fébrile, se traduit par l'ensemble des troubles de l'innervation, qui sont le cortége ordinaire des fièvres continues.

L'excitation morbide du système nerveux, donne lieu à des rêvasseries fatigantes, à de l'insomnie, à quelques troubles des sens; les fonctions digestives sont immédiatement frappées; le malade perd l'appétit, et éprouve souvent un profond dégoût pour les aliments; la peau est chaude; le pouls est fréquent; les sécrétions sont diminuées; la bouche est sèche; la langue est collante; les selles sont rares, les urines sont fortes en couleur, et peu abondantes; le malade a soif; il éprouve du malaise général, et une certaine anxiété. A ces symptômes, qui n'impriment encore aucun cachet particulier à la maladie, il ne tarde pas, en général, à s'en associer d'autres, directement en rapport avec le siége, l'étendue et l'intensité de l'inflammation granulique; ce sont surtout ces derniers qui deviennent les signes de la maladie, et qui servent à en établir le diagnostic.

Parmi les principaux signes qui relèvent de l'inflammation granulique de l'encéphale, se rencontrent la céphalalgie, les hallucinations sensoriales, la dilatation, et l'inégalité des pupilles, la photophobie, l'exagération de la sensibilité cutanée, portée parfois jusqu'à la plus vive hypéresthésie; les vomissements, la constipation, la rétraction des parois du ventre, la contracture musculaire, enfin la paralysie. Il faut y joindre encore l'oppression, la fréquence de la respiration et son inégalité.

Parmi les signes qui dépendent plus directement de la localisation de l'inflammation granulique dans le thorax, la douleur pleurétique, les bruits de frottement, l'existence passagère des épanchements et la toux, méritent toute la considération du médecin.

En dehors des troubles symptomatiques, que l'inflammation des organes encéphaliques détermine du côté de l'abdomen, l'inflammation du péritoine fournit aussi des signes très-importants, tels que la douleur à la palpation, le ballonnement du ventre, la diarrhée, la rétention, et l'incontinence des déjections, etc.

Enfin, quel que soit le siége de la détermination locale prédominante, les raies hypérémiques qui se dessinent sur la peau du malade, lorsqu'on y trace des lignes avec le revers de l'ongle, doivent être également rangées parmi les signes de l'affection granulique.

En traitant des symptômes de la maladie, j'ai déjà insisté sur ce dernier signe, qui a été décrit par M. le professeur Trousseau, sous le nom de tache cérébrale; je n'y reviens ici que pour rappeler encore une fois que ce phénomène, bien qu'il se rencontre toujours dans l'affection granulique, n'en est point, pour cela, un signe pathognomonique, car il se produit quelquefois aussi dans d'autres maladies, et en particulier, dans un bon nombre de tuberculisations aiguës. C'est donc un symptôme qu'il est bon de chercher et de constater, parce qu'il fait nombre avec les autres, et qu'il augmente leur poids; mais dont la valeur n'est point exclusive, et ne peut même pas être mise en parallèle de celle des taches rosées lenticulaires de la dothiénentérie.

Les signes de l'affection granulique sont surtout en rapport avec ses déterminations locales; aussi est-il presque toujours impossible de reconnaître la maladie, lorsqu'au milieu des troubles généraux, on ne découvre encore aucun symptôme qui appartienne en propre à l'inflammation des organes, contenus dans l'une des trois cavités; la nature spécifique de l'état typhoïde, qui est regardée, à juste titre, comme l'expression la plus générale de l'affection, reste nécessairement méconnue, jusqu'au moment où des signes positifs d'inflammation apparaissent au milieu des symptômes de l'état général.

Il est assez remarquable que les auteurs aient négligé la plupart des signes, fournis par l'inflammation cérébro-mé-

ningée, dans la forme typhoïde de l'affection granulique, qui est devenue presque classique, sous le nom de phthisie galopante typhoïde. Ils ont été frappés des troubles apportés dans les fonctions respiratoires, tels que la dyspnée, l'oppression, la fréquence de la respiration, la toux; mais, dominés comme ils l'étaient, par des idées préconçues de phthisie, ils n'ont point su faire, avec justesse, la part que l'inflammation de l'encéphale prenait à ces symptômes; ils les ont presque exclusivement attribués à la présence des granulations dans les poumons, en passant sous silence leur véritable raison. Cependant, s'ils avaient dirigé leur attention sur la modalité de ces troubles respiratoires, ils auraient été certainement frappés de l'analogie qui existe parfois entre eux, et ceux qu'ils observaient dans la fièvre cérébrale.

Ce que je dis de la valeur symptomatique des troubles de la respiration, ne doit pas faire conclure que, dans la forme la plus générale de la granulie, il n'y a aucun trouble idiopathique du côté des organes respiratoires. Il y a, bien au contraire, ainsi que je l'indiquais tout à l'heure, des signes d'une grande valeur, fournis par l'état de la plèvre et du poumon; seulement ces signes ne sont point précisément ceux qui ont été admis par les auteurs, et qui ont été attribués par eux à la phthisie galopante; la fréquence de la toux, l'abondance de l'expectoration, l'intensité de la bronchite générale, l'état asphyxique, sont des symptômes qui appartiennent en propre à la tuberculisation aiguë, et qui ne s'observent guère dans la granulie, qu'à la condition que cette dernière maladie soit associée à la tuberculisation.

Les signes fournis par l'abdomen ont aussi fort peu fixé l'attention des auteurs, dans la forme typhoïde de la maladie, et quand ils ont été mentionnés, ils ont été le plus souvent aussi mal interprétés que ceux qui étaient fournis par la respiration. Il est sans doute bien important de savoir que les viscères abdominaux, et en particulier le péritoine, sont fréquemment le siége de symptômes, d'où l'on peut tirer des signes précieux pour le diagnostic, dans la forme typhoïde de la granulie; mais il est surtout indispensable de ne pas

confondre la valeur symptomatique de certains phénomènes, tels que le vomissement, la rétraction du ventre, l'hypéresthésie de ses parois, avec des symptômes directement attachés à la péritonite granulique, comme le météorisme, la diarrhée, etc., etc.

En définitive, le diagnostic de la granulie, sous sa forme typhoïde, comme sous toutes les autres, repose principalement sur les signes fournis par les déterminations locales de l'affection.

Voyons donc rapidement quels sont ceux qui permettent ordinairement de distinguer la granulie d'une fièvre typhoïde.

Le diagnostic différentiel entre ces deux affections, repose à la fois sur les signes négatifs de l'une, et sur les signes affirmatifs de l'autre ; toutes les deux, au moment de leur invasion, se traduisent par des symptômes fort analogues, qui ne permettraient certainement pas de spécifier leur nature ; la fièvre typhoïde est ordinairement celle des deux qui se caractérise la première ; en effet, il est rare qu'au bout du premier septenaire, elle ne présente pas des symptômes propres a éclairer son diagnostic ; il n'en est pas toujours ainsi de la maladie granulique, qui peut durer deux ou trois septenaires, sans se caractériser nettement par les signes fournis par l'état local ; et l'on conçoit, dans cette circonstance, combien l'absence des signes de la fièvre typhoïde, à une époque de son évolution où ils devraient être au complet, donne de poids à la présomption d'une granulie.

On doit donc rechercher attentivement, dans les cas douteux, qui ne se dessinent encore que par l'état général commun aux deux maladies, tous les signes qui devraient exister dans l'hypothèse de la dothiénentérie.

Ces signes sont relatifs à l'intensité de l'état fébrile, à la prostration des forces, aux symptômes abdominaux, comprenant la diarrhée, le météorisme, le gargouillement, la tuméfaction de la rate, et enfin à l'éruption des taches rosées lenticulaires. Si la maladie, parvenue en plein deuxième septenaire. ne s'accompagne encore d'aucun de ces symptômes, c'est qu'elle n'est vraisemblablement pas une fièvre typhoïde.

L'intensité et la continuité de l'état fébrile ont de la valeur, et doivent être prises en considération pour le diagnostic différentiel des deux maladies ; en effet, lorsque le diagnostic est encore incertain, et que, après le premier septénaire, la fièvre reste vive, que le pouls conserve sa fréquence ; que la peau est chaude, et que néanmoins, il n'apparaît, au milieu des troubles de l'état général, commun aux deux maladies, aucun signe évident d'inflammation granulique, du côté de l'une des trois cavités, il est infiniment probable que c'est une dothiénentérie à laquelle on a affaire ; car, dans la granulie, l'intensité de la fièvre est beaucoup plus en rapport avec l'étendue et la vivacité des lésions, que dans la dothiénentérie ; et quand la fièvre est vive, c'est que déjà du côté de l'encéphale, du côté du thorax ou du côté de l'abdomen, il existe une inflammation ; et comme cette inflammation, en dehors de la fièvre, se traduit constamment par des symptômes en rapport avec son siége, il en résulte que, si ces symptômes font défaut, c'est que la fièvre, dont est atteint le malade, n'est pas produite par l'inflammation granulique, et qu'elle appartient à une dothiénentérie.

Par contre, le peu de fréquence du pouls, le peu de chaleur à la peau, en un mot, la faiblesse de la fièvre, coïncidant avec un état général, fortement accentué par une céphalalgie violente, par une insomnie complète, par quelques troubles des sens, des hallucinations, de l'anorexie, des vomissements, et une stupeur ou une anxiété formidable, sera, à défaut de tout autre signe plus positif, plutôt en faveur de l'existence de la granulie, que de celle de la dothiénentérie.

L'état des forces du malade peut aussi faciliter le diagnostic différentiel, surtout en le rapprochant de l'état fébrile, et en le comparant avec les autres symptômes ; la fièvre typhoïde, plus qu'aucune autre maladie, a pour caractère de déterminer très-promptement une grande faiblesse ; la granulie en diffère sous ce rapport, car ce n'est ordinairement que lorsqu'elle dure déjà depuis un certain temps, que les forces générales sont notablement diminuées ; si donc un malade, atteint des symptômes dont j'ai parlé, se présente, à la fois,

avec une forte fièvre et avec une grande faiblesse, et que, d'après le peu de temps depuis lequel dure la maladie, on ne puisse raisonnablement attribuer la faiblesse à la perte des forces radicales; mais que l'on doive, bien plutôt, l'attribuer à la prostration des forces *in actu*, selon l'expression juste de Barthez, il est présumable que le malade est plutôt atteint d'une dothiénentérie que d'une affection granulique.

Les signes fournis par les symptômes abdominaux, ont une valeur d'autant plus considérable, qu'ils sont beaucoup plus directement en rapport avec les lésions spécifiques de la dothiénentérie, que ne le sont l'état fébrile et la prostration des forces; il est nécessaire, toutefois, que les symptômes auxquels je fais allusion, tels que la diarrhée, le météorisme et le gargouillement, se présentent dans des conditions déterminées, pour devenir des signes de cette maladie; car, dans certaines circonstances, que je vais passer en revue, ils se rencontrent aussi dans la granulie.

La diarrhée est un symptôme dont la valeur séméiotique est particulièrement subordonnée aux troubles de l'innervation et aux symptômes cérébraux. Lorsqu'une dothiénentérie est grave par l'intensité de la fièvre, par la stupeur profonde dans laquelle est plongé le malade, par les troubles céphaliques, par la violence du mal de tête, par les troubles des sens, par les vertiges, il est exceptionnel que, passé le premier septénaire, elle ne s'accompagne pas de diarrhée, plus ou moins intense. Au contraire, une granulie, dans laquelle les symptômes céphaliques prédomineraient, et dont la physionomie se rapprocherait de celle d'une dothiénentérie, par l'intensité du mouvement fébrile, loin de donner lieu à de la diarrhée, s'accompagnerait d'une constipation d'autant plus rebelle, que l'inflammation méningo-encéphalique serait plus vive.

Mais si l'affection granulique revêt la forme abdominale, et que l'inflammation, au lieu de prédominer vers l'encéphale, se porte particulièrement sur le péritoine; dans cette circonstance,au lieu de constipation, il y a souvent de la diarrhée, comme dans la dothiénentérie; seulement, dans ce cas, il y

a très-peu des troubles de l'innervation, communs aux deux maladies ; et il se trouve alors un signe particulier à la granulie, qui ne s'observe pas dans la fièvre typhoïde ; je veux parler de l'exagération de la sensibilité du ventre à la palpation.

Le météorisme a une valeur de même ordre que la diarrhée ; à mesure que dans la dothiénentérie, l'état typhoïde prédomine, et que les troubles de l'innervation s'aggravent, le ventre se ballonne davantage, comme dans les maladies putrides et pestilentielles ; dans la phthisie galopante, au contraire, plus l'état typhoïde s'accroît des troubles nerveux, liés à l'inflammation cérébro-méningée, et plus le ventre s'aplatit, plus ses parois se contractent, plus sa forme s'incurve en carène ; et dans les cas de granulie, où il survient du ballonnement du ventre, le signe que j'indiquais, il y a un instant, la sensibilité abdominale, due à l'inflammation du péritoine, établit un contraste frappant avec l'indolence du météorisme dothiénentérique.

Le gargouillement abdominal est devenu, dans les livres classiques, un signe fort considérable de la dothiénentérie. Chomel lui accordait une très-grande importance dans ses leçons cliniques ; et il expliquait le mécanisme de sa production, par l'état pathologique de la valvule iléo-cœcale, devenue insuffisante à empêcher le reflux des matières intestinales, provoqué par des pressions alternativement exercées avec les mains, au-dessus et au-dessous d'elle. Sans accepter d'une façon trop absolue, l'explication du phénomène, donnée par l'illustre professeur de l'Hôtel-Dieu, il est positif que le gargouillement dans la fosse iliaque droite, est un symptôme assez constant de la dothiénentérie, pour être rangé parmi ses signes. Cependant, on ne doit point perdre de vue, que le gargouillement peut être facilement déterminé dans la région cœcale, chaque fois qu'il y a de la diarrhée, et alors même qu'il n'y a aucune altération anatomique de la valvule ; on conçoit très-bien, en effet, que chaque fois que des gaz sont mélangés à du liquide dans l'intestin, il suffit de les brasser ensemble pour causer du gargouillement ; de sorte

que ce symptôme acquiert spécialement de la valeur au début de la maladie, et surtout s'il n'y a pas de diarrhée; car alors il a une cause spéciale dans les sécrétions iléo-cœcales, déterminées par les lésions spécifiques. C'est aussi dans le cas où le malade est atteint de constipation qu'il devient un signe différentiel d'une haute valeur entre les deux maladies qui nous occupent; car, si par anomalie, la dothiénentérie se rapprochait de la granulie, par des troubles céphaliques intenses, par une légère tension du ventre, par de la constipation, la production d'un gargouillement strictement limité à la région cœcale, ferait fortement incliner la présomption du côté de la fièvre typhoïde. Il ne faudrait point toutefois lui accorder encore une valeur absolue, car, sans que j'aie pu m'en expliquer le pourquoi, j'ai déjà rencontré ce symptôme dans quelques affections granuliques avec constipation; et il n'y a pas à insinuer, dans ce cas, la probabilité d'un diagnostic erroné, car il a été confirmé par l'autopsie.

Parmi les symptômes abdominaux qui peuvent éclairer le diagnostic, il faut considérer aussi l'état de la rate; il est rare que, dans la forme grave de la dothiénentérie, elle ne soit pas notablement augmentée de volume, et presque toujours au delà de ce qu'elle peut être dans la granulie. Dans cette dernière maladie, lorsque la rate est gonflée, de façon à offrir à la percussion des dimensions voisines de celles qu'elle atteint dans la fièvre typhoïde, il y a alors une sensibilité de la région splénique et du péritoine avoisinant qui ne se rencontre pas dans cette maladie.

Enfin, de tous les signes différentiels de la granulie et de a fièvre typhoïde, il n'en est aucun qui ait autant de valeur que les taches rosées lenticulaires. Lorsqu'elles apparaissent avec des caractères assez nettement dessinés pour qu'il n'y ait aucun doute sur leur nature, il est extrêmement probable que la maladie à laquelle on a affaire, est une dothiénentérie; je dis probable, et non pas certain, car cette éruption n'appartient pas à la fièvre typhoïde d'une façon totalement exclusive.

Déjà le docteur Waller, de Prague, avait signalé cette érup-

tion, dans quelques cas de tuberculisation aiguë, et j'ai eu moi-même l'occasion de la rencontrer une fois très-nettement caractérisée, dans un cas de granulie, développée chez une femme tuberculeuse, et une autre fois, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu; mais ces cas sont tout à fait exceptionnels, et n'enlèvent pas à ces taches leur valeur séméiologique.

Actuellement que nous venons de jeter un coup d'œil sur les signes de la dothiénentérie, dont l'absence chez le malade augmente les probabilités en faveur de la granulie, voyons quels sont ceux, tirés des déterminations locales de celle-ci, qui doivent faire définitivement repousser l'idée de la fièvre typhoïde.

Il est rare, il est très-rare, que, dans la forme bien expressément typhoïde de la granulie, il ne se passe rien du côté de l'encéphale; et, pour dire toute ma pensée, je regarde cette forme de la maladie comme étant encore bien plutôt cérébrale qu'elle n'est pulmonaire. Seulement l'état cérébral est masqué plus ou moins par l'état typhoïde. En effet, comme on le constate à l'autopsie des individus qui succombent à cette forme de l'affection, il y a presque toujours, sur le cerveau, ou sur ses membranes, des traces du passage de l'inflammation granulique, et il y a, pendant la vie, des symptômes en rapport avec cette inflammation.

Seulement, dans la forme de la maladie dont il est question, il y a ceci de particulier, que la dissémination et la multiplicité des lésions, étant à leur maximum chez le malade, il en résulte que les symptômes, au lieu d'être strictement en rapport avec la méningo-encéphalite, et de concentrer du côté de la tête, toute la scène pathologique, sont en même temps des symptômes thoraciques et abdominaux.

En définitive, la forme typhoïde de la granulie est celle de toutes dans laquelle les manifestations locales sont le plus généralisées; et je m'étonne que l'importance des troubles thoraciques ait pu à ce point éclipser, aux yeux des médecins, celle des symptômes encéphaliques, qu'ils en aient à peine parlé; et qu'à côté de leur phthisie galopante typhoïde,

ils n'aient pas, au moins, admis une fièvre cérébrale typhoïde.

Lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic différentiel entre la granulie et la fièvre typhoïde, on ne saurait accorder trop de considération au moindre symptôme d'inflammation encéphalique; car, dans la dothiénentérie, il n'y a point d'inflammation cérébrale.

La céphalalgie, dans le cas où le diagnostic est incertain, entre ces deux maladies, apporte, en général, peu de lumière; ce qui tient à la similitude de ses caractères dans les deux cas. Il n'en est plus de même dans la forme expressément cérébrale de la granulie; car alors le mal de tête, par son intensité, par les plaintes qu'il arrache aux malades, par sa localisation sur certaines régions, diffère considérablement de ce qu'il est dans la fièvre typhoïde; mais, dans la forme typhoïde de l'affection granuleuse, le mal de tête est parfois peu violent, et présente les mêmes caractères que dans la fièvre typhoïde.

Cependant, on pourra quelquefois déduire une signification de sa persistance, à un moment de la maladie, où il devrait avoir disparu, s'il se fût agi de cette dernière affection; ou bien encore de la recrudescence insolite de ce symptôme, au moment présumé de son décours; mais, en général, c'est plutôt par son rapprochement des autres symptômes, qu'il acquiert de la valeur séméiotique, que par ses caractères propres, qui me paraissent encore bien vagues.

Parmi les troubles des sens, les hallucinations et la photophobie ont une valeur sérieuse.

J'ai déjà parlé des hallucinations sensoriales, à propos de la forme cérébrale de la granulie; et je n'y reviendrai pas de nouveau; comme ce sont des symptômes excessivement rares dans la dothiénentérie, on doit leur accorder une grande valeur pour le diagnostic différentiel des deux maladies; les bourdonnements d'oreilles sont, par contre, des symptômes aussi fréquents dans l'une que dans l'autre affection, et conséquemment ils n'ont pas la même valeur.

Il n'en est point de même de la dilatation des pupilles, alliée

à la photophobie. En général, lorsque les individus éprouvent de la douleur en voyant la lumière, leurs pupilles se contractent et se rétrécissent en proportion, plus ou moins exacte, du dégré de la photophobie ; mais chez les personnes atteintes de granulie, les pupilles sont très-larges, peu contractiles, et ne se resserrent point en proportion de la douleur que leur fait éprouver une clarté un peu vive.

La dilatation pupillaire est un symptôme que l'on rencontre presque constamment dans la forme typhoïde de la granulie ; et, bien que la photophobie soit un symptôme moins fréquent, les conditions dans lesquelles il se trouve, par rapport à la dilatation des pupilles, font qu'à eux d'eux, ils deviennent un signe important d'inflammation granulique de l'encéphale, et surtout un signe différentiel d'une grande valeur pour le diagnostic.

On doit tenir compte aussi de l'inégalité de dilatation des deux pupilles ; il arrive parfois que l'inflammation granulique, en se portant sur l'encéphale, donne lieu à ce singulier phénomène, qui peut durer pendant plusieurs jours. Dans ce cas, une pupille est largement dilatée, tandis que l'autre est plus ou moins contractée (1).

De tous les signes à l'aide desquels il est possible de distinguer la dothiénentérie de la phthisie galopante typhoïde, il n'en est aucun qui puisse être mis en parallèle de l'hypéresthésie cutanée. J'ai constamment trouvé ce symptôme, à un degré plus ou moins élevé, dans tous les cas de phthisie galopante, à forme typhoïde, dont j'ai pu confirmer le diagnostic par l'autopsie, et je lui accorde une très-grande valeur.

Si l'on vient à percuter la poitrine du malade, si l'on trace sur la peau des lignes avec le revers de l'ongle, dans le but de provoquer les raies cérébrales hypérémiques ; si l'on pince légèrement la peau des cuisses ou celle des mollets, on cause immédiatement une véritable douleur, qui est non moins significative, par son apparition insolite, sous l'influence de la cause qui la produit, que par l'expression de la physionomie

(1) Voy. pag. 277, obs. du n° 26 de la salle Saint-Benjamin.

du malade, par laquelle il traduit sa sensation. En effet, un grippement de tous ses traits, une grimace abominable se dessine aussitôt sur son visage, et parfois s'accompagne d'un gémissement aigu.

L'hypéresthésie, qu'il convient de rapprocher de la photophobie, se rencontre non-seulement à la peau, mais aussi du côté de certains muscles ; tantôt ce sont ceux du cou ou ceux des membres supérieurs ; beaucoup plus souvent, ce sont ceux des cuisses et des jambes ; il suffit souvent de presser la cuisse avec la main, dans son tiers inférieur, pour apprécier cette hypéresthésie profonde, que le malade exprime comme celle de la peau, par le changement brusque de sa physionomie. Ce signe a une grande valeur dans le diagnostic différentiel, parce qu'il ne se rencontre presque jamais dans la fièvre typhoïde ; cette dernière maladie produit plutôt un effet opposé sur le système nerveux ; plus l'état typhoïde est fortement accentué, et plus le malade est plongé dans la stupeur, dans l'abattement et dans l'insouciance de ce qu'on lui fait ; sa physionomie reste hébétée même sous la douleur ; et l'irritabilité reflexe semble amoindrie, en proportion du peu d'excitabilité de la sensibilité générale.

L'hypéresthésie me paraît directement liée à l'inflammation de l'encéphale ; mais je ne saurais encore me prononcer sur les organes encéphaliques enflammés d'où elle dépend ; les faits cliniques ne me permettent pas encore de juger si elle relève de l'altération des méninges ou de celle du cerveau ; dans les cas dont j'ai fait l'autopsie, j'ai trouvé simultanément des traces de l'inflammation dans le cerveau et sur les membranes ; mais, comme chez quelques malades qui ont guéri, ce symptôme avait été très-prononcé, je ne pense pas qu'on puisse l'attribuer à une altération profonde des centres nerveux.

L'époque à laquelle apparaît l'hypéresthésie dans la granulie, est celle dans laquelle se manifeste l'état typhoïde ; plus le malade prend l'aspect typhique, plus il a de stupeur et de prostration, et plus la sensibilité est facilement impressionnée par les excitations physiques. On comprend donc combien ce

signe a de valeur, lorsqu'on est en présence d'un malade qui présente un état typhoïde, relié à l'ensemble des symptômes, qui sont communs à la dothiénentérie et à la phthisie galopante; car, si à mesure que la stupeur augmente et que les facultés intellectuelles s'engourdissent, on constate l'exagération de la sensibilité générale, il ressortira de ce contraste un signe précieux en faveur de la granulie.

Parmi les symptômes qui relèvent de la détermination locale de l'affection granulique sur le système nerveux, et qui peuvent éclairer le diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la phthisie galopante, on rencontre encore le vomissement, la constipation et la rétraction du ventre.

Les vomissements sont assez fréquents dans l'affection granulique ; ils ne sont pas non plus très-rares dans la maladie typhoïde ; mais l'époque de leur apparition et les symptômes qui les accompagnent ne sont pas les mêmes dans les deux maladies.

Le vomissement n'est pas un symptôme d'invasion dans la dothiénentérie ; le plus ordinairement, lorsqu'il survient dans cette maladie, et qu'il se répète à intervalles assez rapprochés pour prendre rang parmi les symptômes, c'est à une époque plus tardive ; c'est à la période de décours ; il y a eu déjà deux ou trois septenaires de maladie ; le mal de tête a disparu ; la langue est rouge ; la soif est vive ; toute la muqueuse buccale est irritée ; les sécrétions en sont fortement acides ; les vomissements sont bilieux et très-verts ; le pouls conserve ou a repris de la fréquence, et le malade, qui paraissait entrer en convalescence, maigrit de jour en jour, d'une façon effrayante.

Dans l'affection granulique, les vomissements sont plutôt des symptômes d'invasion ; il n'y a encore eu que quelques jours de maladie, au moment de leur apparition ; ils coïncident avec un violent mal de tête ; ils sont accompagnés et précédés de nausées, et d'un sentiment de dégoût très-prononcé ; la langue n'est pas rouge, les sécrétions buccales peuvent être peu modifiées ; il n'y a pas toujours d'exagération de la soif ; enfin la fièvre est d'ordinaire encore très-modérée. J'ajouterai à ces signes, la constipation et la rétraction des parois du

ventre, dont le contraste avec la diarrhée et le météorisme a déjà appelé l'attention un peu plus haut.

Les symptômes thoraciques doivent entrer aussi en ligne de compte, dans le diagnostic différentiel qui nous occupe ; dans les deux maladies, il y a des troubles de la respiration ; mais la modalité et la nature de ces troubles ne sont pas les mêmes dans les deux affections.

Déjà, en plusieurs endroits de cet ouvrage, j'ai fait remarquer combien les membranes muqueuses avaient peu d'affinité pour l'inflammation granulique, et combien, au contraire, les membranes séreuses et un grand nombre de parenchymes étaient aptes à en être le siége ; il résulte de cette aptitude différente des tissus, que la membrane muqueuse des voies respiratoires n'est point primitivement atteinte dans cette affection, qui porte au contraire directement ses effets sur les plèvres et sur le poumon.

Les symptômes thoraciques seront donc principalement des symptômes pleurétiques et pulmonaires dans l'affection granulique. Or, il n'en est point ainsi dans la fièvre typhoïde, dont les déterminations locales sont expressément catarrhales ; dans cette maladie, on rencontre la bronchite spécifique ; par fois l'engouement pulmonaire ou des pneumonies secondaires ; mais on ne rencontrera, pour ainsi dire jamais, les manifestations pleurétiques, qui sont l'apanage ordinaire de la granulie.

Cette différence dans le siége anatomique des altérations pathologiques propres aux deux maladies, entraîne nécessairement la différence des troubles fonctionnels. Lorsqu'au milieu d'un état typhoïde, plus ou moins fortement accusé, on voit survenir de la douleur dans les côtés de la poitrine ; puis, qu'on entend simultanément quelques bruits de frottements, ou bien qu'il se dépose un peu d'épanchement dans les parties déclives de la plèvre, et qu'en même temps qu'apparaissent ces symptômes, il ne se manifeste aucun signe de bronchite, que le malade tousse encore à peine, qu'il ne crache pas, qu'il n'a pas de râles sibilants, je dis que, toutes choses égales d'ailleurs, de tels symptômes thoraciques font pencher fortement

la balance du côté de l'idée d'une affection granulique ; en effet, dans la forme la plus rigoureusement pectorale de la fièvre typhoïde, il est très-rare que l'on constate du point de côté ; il y a de la toux, et souvent une toux fréquente ; il y a une bronchite générale, qui se traduit par de l'oppression, par de la fréquence dans la respiration ; par une expectoration abondante de matières transparentes, incolores, finement aérées et extrêmement visqueuses ; enfin, par des râles muqueux et sibilants, qui occupent à peu près également les deux côtés du thorax.

Dans la forme typhoïde de l'affection granulique, les symptômes ne sont pas ceux-là ; il n'y a ordinairement que très-peu de râles sibilants, et souvent ils manquent totalement ; il y a souvent un contraste frappant, entre la fréquence de la respiration, la dyspnée et le peu de signes stéthoscopiques, fournis par l'exploration des voies respiratoires ; c'est qu'alors les troubles thoraciques sont plutôt sous la dépendance de l'état de l'encéphale, qu'ils ne sont subordonnés aux quelques manifestations pleuro-pulmonaires, et dans ce cas, cette fréquence extrême de la respiration coïncide, non-seulement avec un état typhoïde très-prononcé, mais encore avec un violent mal de tête, avec une hypéresthésie générale, et avec la rétraction des parois du ventre.

Il arrive quelquefois, dans la granulie, que les signes d'auscultation sont extrêmement nombreux, et que dans toute la hauteur de la poitrine, on entende, particulièrement en arrière, des espèces de bruits de gargouillement, et des râles sous-crépitants, qui simulent, à s'y méprendre, des cavernes pulmonaires, entourées d'un engouement très-humide.

Or, j'ai pu vérifier plusieurs fois anatomiquement, que ces bruits se passaient dans la plèvre, et qu'ils coïncidaient exclusivement avec des fausses membranes pleurétiques, en voie d'organisation celluleuse, et que, dans ces cas, le tissu pulmonaire sous-jacent n'était le siége d'aucune cavité accidentelle, ni d'aucun engouement particulier. Par contre, il peut arriver que tout le tissu pulmonaire soit parsemé de fines granulations demi-transparentes, et que, dans ce cas, il

n'y ait cependant à peine de signes stéthoscopiques, et à peine d'oppression. Je reviendrai tout à l'heure sur cette condition pathologique, à propos du diagnostic de la phthisie galopante asphyxique des auteurs.

En définitive, la bronchite intense qui survient au milieu d'un état typhoïde, est un signe plus en faveur d'une fièvre typhoïde que d'une phthisie galopante granulique, car cette dernière maladie ne devient catarrhale, qu'à la condition d'être compliquée de tuberculisation, cas dans lequel le diagnostic est vivement éclairé par les signes stéthoscopiques tirés de l'exploration du sommet des poumons.

Enfin, pour compléter le diagnostic différentiel entre la dothiénentérie et la forme typhoïde de la granulie, il est nécessaire d'explorer attentivement l'état de l'abdomen; l'exagération de la sensibilité du ventre est un signe d'une grande valeur dans l'affection granulique; car on ne rencontre jamais ce symptôme dans la fièvre typhoïde, à moins de complication. Les auteurs ont bien indiqué que dans cette dernière maladie, il existait parfois un peu de sensibilité anormale du côté de la fosse iliaque droite; mais cette légère exagération de la sensibilité, qui est limitée d'ailleurs à la petite région que je viens de nommer, n'est pas comparable à la douleur que l'on détermine en palpant l'abdomen d'une personne atteinte de péritonite granuleuse.

En rapprochant tous les signes de l'affection granulique que je viens de rappeler, de ceux qui devraient exister dans l'hypothèse d'une dothiénentérie, il sera possible, dans la plupart des cas, de formuler un diagnostic exact, et de savoir à laquelle de ces deux maladies on a affaire; cependant, il faut savoir que, dans un très-petit nombre de circonstances, les signes sont si mal dessinés, et tellement isolés, qu'ils sont insuffisants pour servir de base à un bon diagnostic; et qu'alors il faut savoir rester dans le doute sur la nature de la maladie, et ne pas appuyer prématurément son jugement sur des signes encore trop faibles pour le soutenir honorablement.

Si la forme typhoïde de l'affection granulique ne peut guère être confondue qu'avec une dothiénentérie, il en est autrement

pour les autres formes de la maladie, qui peuvent en imposer très-bien pour autre chose.

Je viens d'essayer de faire ressortir comment, par les symptômes cérébraux, on distingue la maladie, d'une fièvre typhoïde qui lui ressemblerait par l'ensemble de ses symptômes généraux; actuellement, je vais tâcher de montrer comment, par les symptômes généraux, qui sont liés aux déterminations locales de l'affection, on peut établir son diagnostic différentiel avec les inflammations d'une nature différente, qui peuvent frapper les organes de l'une des trois cavités.

Et tout d'abord, arrêtons-nous un instant sur le diagnostic des diverses méningites.

La première question qui se présente est celle-ci : la forme cérébrale de l'affection granulique est-elle autre chose que la méningo-encéphalite tuberculeuse? Et, dans l'affirmative, peut-on les distinguer l'un de l'autre à la clinique, et quels en sont les signes différentiels?

La première question que je viens de poser est extrêmement sérieuse ; car elle touche à la nature intime de la maladie ; et il me paraît nécessaire de lui donner ici le développement qu'elle comporte.

La méningite tuberculeuse n'est pas du tout la même maladie que la méningite granulique ; et voici quelle est entre elles la différence capitale : l'une est une inflammation toute locale, déterminée par la présence d'un produit accidentel, qui agit physiquement, soit par son volume, soit par les qualités irritantes qu'il acquiert à un certain degré de son évolution ; l'autre est une inflammation spontanée, qui se développe sous l'influence d'une disposition morbide générale, et qui précède nécessairement ses produits sur les organes qu'elle atteint.

Le tubercule, sans doute, est bien aussi l'effet d'une disposition morbide générale ; mais qu'on ne confonde pas, dans le même acte pathologique, la tuberculisation des méninges et du cerveau, et l'inflammation qui lui est par fois consécutive; car ce sont des actes différents, dont le second n'est nullement nécessaire au premier.

Il se passe pour les méninges et pour le cerveau, ce qui se passe pour les plèvres et le poumon : lorsque des tubercules se développent dans le poumon, il ne survient souvent aucun indice d'inflammation, pendant tout le temps que dure leur évolution ; mais qu'un tubercule, après avoir grossi, après s'être ramolli, vienne à rompre soudainement son kyste, et que la matière tuberculeuse s'épanche dans la cavité pleurale, aussitôt il surviendra, sous l'influence irritante de la matière tuberculeuse, une vive inflammation de la plèvre ; le mécanisme est le même, quand un foyer tuberculeux du mésentère vient à crever subitement dans la cavité péritonéale : il en résulte une péritonite aiguë, qui n'a aucun rapport de causalité avec la tuberculisation qui y a donné lieu. Cette péritonite aiguë est subordonnée à une cause toute locale, et ne porte en soi aucun caractère qui relève de la disposition morbide générale qui a engendré le tubercule ; cette péritonite, bien qu'occasionnée par la rupture d'un foyer tuberculeux dans la cavité de la séreuse abdominale, est tout à fait assimilable à celle qui aurait pour cause déterminante, la rupture d'un abcès phlegmoneux, ou l'épanchement des matières fécales, par suite d'une perforation de l'intestin.

En un mot, il n'y a aucun rapport pathogénique entre le tubercule qui s'est développé primitivement dans les ganglions du mésentère, et l'inflammation du péritoine, qui a été consécutive à la rupture du foyer tuberculeux dans sa cavité.

Je dis que les choses se passent d'une manière tout à fait analogue dans la méningite tuberculeuse ; que des tubercules peuvent acquérir un volume considérable dans le cerveau, sans que leur développement s'accompagne d'aucun symptôme de méningo-encéphalite ; mais que, si à un certain moment, les tubercules, après s'être ramollis, versent leur matière dans la cavité arachnoïdienne ; ou bien encore, si, tout en restant à l'état de crudité, ils irritent, par leur présence, le cerveau ou ses enveloppes, je dis qu'il survient, dans cette circonstance, une méningite de cause toute locale, qui n'a aucun rapport de causalité avec l'état général diathésique du tubercule ; et j'assimile complétement la méningo-encéphalite qui pro-

vient d'une telle cause, à celle qui serait occasionnée par une blessure de la tête, par une maladie des os, par une carie du rocher, par la rupture ou l'inflammation d'un kyste hydatique, par le ramollissement d'un fongus, etc., etc.

C'est là, à mon avis, le mécanisme pathogénique de la méningite qu'il convient d'appeler la méningite *tuberculeuse*, et c'est en tous cas, j'en préviens le lecteur, l'acception dans laquelle j'emploierai cette appellation : or, n'y a-t-il pas, sous un certain rapport, des méningites granuleuses, tout à fait analogues aux méningites tuberculeuses dont je viens de parler ? Je réclame ici toute l'attention du lecteur.

On se rappelle que sous l'influence de l'inflammation granulique, il s'exsude des tissus enflammés une lymphe albumino-fibrineuse, qui donne promptement lieu à des éléments fibro-plastiques, et bientôt à des granulations demi-transparentes : on n'a pas oublié, sans doute, que ces granulations persistent sur les tissus, où elles ont été déposées au delà de l'inflammation qui les a produites, c'est-à-dire que l'inflammation s'éteint au bout d'un certain temps, si le malade n'a pas succombé à son acuité, et qu'elle laisse après elle son produit, les granulations fibro-plastiques; mais celles-ci ont un avenir variable; tantôt elles se résorbent en partie; tantôt elles se durcissent et passent à l'état fibreux; tantôt enfin, si le sujet qui les porte est tuberculeux, elles sont envahies par la tuberculisation, et deviennent des tubercules miliaires.

Hé bien! lorsque les tubercules miliaires, ayant cette origine, occupent les anfractuosités du cerveau, les scissures de Sylvius et la base de l'encéphale, qu'ils sont disséminés dans le tissu cellulo-vasculaire sous-arachnoïdien, ils agissent, à un certain moment, sur les méninges et sur le cerveau, de la même manière que des tubercules qui n'auraient point pour origine des granulations, et ils occasionnent une inflammation, en tout semblable à l'inflammation tuberculeuse dont je parlais tout à l'heure.

Cependant, les médecins qui assistent à de telles méningites, et qui contrôlent leur diagnostic par l'autopsie de leurs

malades, rencontrent dans l'encéphale ces petits tubercules, qu'ils appellent indistinctement, tantôt des tubercules miliaires, et tantôt des granulations tuberculeuses; il en résulte qu'ils appellent aussi indistinctement l'inflammation des méninges qui est occasionnée par ces productions pathologiques, des méningites tuberculeuses, ou des méningites granuleuses; jusque-là, ils ont parfaitement raison, et toute distinction de la méningite, lorsqu'elle survient dans les conditions spéciales que je viens d'indiquer, en méningite tuberculeuse et en méningite granuleuse, serait véritablement une subtilité oiseuse et sans aucune application utile à la clinique. Mais cette distinction n'est plus une subtilité et devient, au contraire, tout à fait nécessaire, quand il s'agit de distinguer cette sorte de méningite, qui n'est tuberculeuse et granuleuse que mécaniquement, de celle qui relève directement de l'affection générale, et qui, loin d'être occasionnée par des granulations qui n'existent pas encore, est, au contraire, leur agent pathogénique essentiel.

Si j'ai été assez heureux pour me faire comprendre, je pense qu'il ne s'élèvera aucune contestation sur la solution de la première question que j'avais posée tout à l'heure, et que l'on conviendra avec moi, que les deux espèces de méningites dont je viens de parler, sont, en soi, comme par les causes qui les engendrent, parfaitement différentes.

Hé bien ! actuellement, cette distinction, affirmée et confirmée par la pathologie, subsiste-t-elle à la clinique ? Les symptômes et les signes de ces méningites, occasionnées mécaniquement par la présence, dans le cerveau et dans les méninges, de tubercules ou de granulations plus ou moins tuberculisées, sont-ils les mêmes que ceux qui appartiennent à une méningite, développée spontanément sous l'influence de l'affection générale ?

Ici encore il est indispensable d'entrer dans quelques explications, pour éviter toute confusion sur la valeur des signes par lesquels on formulera le diagnostic.

Les symptômes, qui sont directement liés à l'inflammation des méninges et à la désorganisation inflammatoire du cer-

veau, restent indentiquement les mêmes, quelle que soit la nature de l'inflammation ; ils varient seulement selon les degrés de l'inflammation, selon les organes encéphaliques qui sont le plus spécialement intéressés ; mais ils ne portent pas sur eux le reflet de la cause qui a déterminé l'inflammation. Et comment en serait-il autrement ?

Est-ce que ces symptômes ne sont pas directement en rapport avec les modifications anatomiques de l'encéphale qui résultent immédiatement de l'inflammation ? Selon que cette inflammation sera plus ou moins vive, plus ou moins étendue, plus ou moins rapide dans son évolution, les symptômes seront eux-mêmes plus ou moins fortement accentués, et plus ou moins prompts à se grouper et à se succéder ; mais en définitive, ils ne seront jamais que l'expression du désordre anatomique inflammatoire qui s'est accompli ; et si ces signes peuvent, jusqu'à un certain point, éclairer le diagnostic de la nature de l'inflammation, ce n'est qu'en jetant la lumière sur le siége et l'étendue de celle-ci, sur sa vivacité et sur sa marche.

Ce qu'il importe le plus de considérer, pour établir le diagnostic entre une méningite granulique et une méningite tuberculeuse, c'est que l'une est une maladie générale, qui donne lieu à des symptômes, autres que ceux qui sont strictement en rapport avec la détermination locale encéphalique ; et que l'autre est une maladie locale, qui ne produit exclusivement que les symptômes en rapport avec le siége de l'inflammation. En d'autres termes, la méningite tuberculeuse n'est pas autre chose qu'une méningite simple, dont la cause déterminante est la présence de tubercules ou de granulations tuberculisées.

La distinction que je viens d'établir explique pourquoi la méningite granulique est presque constamment précédée d'un état de maladie générale, qui peut durer pendant plusieurs semaines avant l'apparition des symptômes cérébraux ; tandis que la méningite simple a un début brusque, et se déclare de prime abord, par des symptômes, en rapport avec l'inflammation encéphalique. La vivacité de l'inflammation n'est point

non plus la même ; la méningite simple est bien plus active, bien plus violente, bien plus chaude, si je puis ainsi dire, que l'inflammation granulique ; la réaction est plus complète ; la fièvre qui éclate souvent par du frisson est plus vive ; le pouls acquiert de suite plus de fréquence.

Parmi les symptômes cérébraux, le délire est un des premiers à se montrer ; il est souvent bruyant, lié à une violente agitation, et accompagné d'actions désordonnées : « Un des meilleurs signes de la méningite, écrit M. le professeur Monneret, dans son remarquable traité de pathologie interne (1), est sans contredit le délire qui est presque constant..., après le délire et ses variétés, le plus constant des phénomènes morbides est la convulsion tonique ou clonique ; elle est presque toujours générale ; c'est là un de ses meilleurs caractères. »

Or, dans la méningite granulique, ces symptômes sont beaucoup plus tardifs, et prennent rarement la même intensité que dans la méningite simple ou tuberculeuse ; ce n'est d'ordinaire qu'après plusieurs jours de maladie, que l'intelligence est troublée, et lorsque déjà se sont montrés le mal de tête, l'insomnie, les bourdonnements d'oreilles, la dilatation des pupilles, la photophobie, les vomissements et l'hypéresthésie ; le trouble intellectuel consiste parfois en une certaine exaltation des facultés ; mais le plus souvent, il se dénote par une prostration de l'intelligence, et par une sorte d'indifférence pour toutes les choses du monde extérieur ; le malade restant somnolent, ou paraissant plongé dans des méditations, dont il ne sort qu'à regret, quand on lui parle et qu'on le rappelle à ce qui se passe autour de lui.

Les convulsions toniques ou cloniques, si fréquentes dans la méningite simple ou tuberculeuse, sont souvent totalement nulles dans l'inflammation granulique de l'encéphale ; et quand elles se montrent, ce n'est ordinairement qu'à une période voisine de la terminaison funeste, et sous forme de contracture douloureuse, qui occupe les muscles du cou, ceux du dos, et plus rarement ceux des membres.

(1) Monneret, *Pathologie interne*, p. 51, t. I.

La paralysie, qui est aussi un symptôme presque constant de la méningite tuberculeuse, et qui succède en général à la convulsion tonique, se montre beaucoup moins régulièrement dans la méningite granulique, et fait souvent complétement défaut.

Un garçon, âgé de quarante-deux ans, était entré dans mon service le 14 octobre 1863, pour un commencement de tuberculisation pulmonaire; il fut pris, le 9 novembre, d'une méningite tuberculeuse, dont les symptômes offrirent un contraste assez frappant avec ceux des méningites granuliques, qui avaient passé sous nos yeux jusqu'à ce moment de l'année; et je ne saurais mieux faire, pour donner une idée juste de la physionomie différente des deux maladies, que de résumer son histoire le plus brièvement possible.

Au moment de son entrée à la Pitié, il toussait depuis plusieurs mois; il avait eu plusieurs hémoptysies, et il portait au sommet des deux poumons des signes positifs de tuberculisation au premier et au second degré. Jamais il n'avait présenté aucun symptôme qui pût être rapporté à une lésion cérébrale. Il avait d'ailleurs bon appétit; il digérait bien, il ne se sentait pas *malade de corps;* il n'avait, nous disait-il, qu'un rhume négligé.

Il fut mis à l'usage de l'huile de foie de morue, aux inspirations iodées et à un régime fortifiant.

Il n'était pas alité, et il passait ses journées dans le jardin.

Dans les premiers jours du mois de novembre, il se plaignit d'un peu de douleur dans l'oreille gauche, et d'un léger écoulement par le conduit auditif de ce côté; néanmoins il continuait à jouir d'un bon état général, et cela ne l'empêchait pas de courir tout le jour.

On lui fit faire quelques injections d'eau de guimauve dans l'oreille.

Le 9 novembre, après avoir passé la journée aussi bien que d'habitude, et après avoir mangé de bon appétit, comme à l'ordinaire, il fut pris tout à coup, dans l'après-midi, de douleurs vives dans la tête; ces douleurs étaient tellement violentes qu'il ne pouvait s'empêcher de pousser des cris; il

éprouva aussitôt une agitation extrême, et au bout de quelques heures, il entra dans un délire violent de paroles et d'actions, qui dura toute la nuit et qui obligea à l'attacher.

Le lendemain, à la visite, je le trouvai encore en délire; cependant il était plus calme; mais il ne pouvait répondre à aucune des questions qu'on lui adressait. Les pupilles étaient médiocrement dilatées; il n'y avait pas de strabisme; la vue n'était pas abolie, car l'approche brusque du doigt vers l'œil faisait immédiatement fermer les paupières; il exécutait un mâchonnement continuel, comme s'il avait mastiqué quelque chose. Malgré nos invitations réitérées, nous ne parvînmes ni à lui faire tirer la langue, ni à lui faire prononcer une seule parole; les mâchoires n'étaient cependant pas serrées l'une contre l'autre, et le malade les remuait sans cesse.

Il n'y avait nulle part de contracture ni de paralysie; le ventre était assez contracté, mais non douloureux à la pression; il n'y avait pas eu de selle depuis la veille.

Le malade avait de la fièvre; le pouls battait 100 fois par minute. Nous cherchâmes à produire sur la peau les raies cérébrales hypérémiques; mais nous n'y parvînmes pas, bien que le malade fût doué d'une peau fine et blanche, et qu'il fût en outre tuberculeux.

Le diagnostic ne parut pas douteux; les douleurs d'oreilles, que le malade avait accusées les jours précédents, l'écoulement qui s'était établi par le conduit auditif, le violent mal de tête qui avait signalé l'invasion de la maladie, le délire qui l'avait si promptement suivi, enfin tous les symptômes dont je viens de parler, me paraissaient dénoter une méningite, probablement occasionnée par une maladie du rocher.

Je fis remarquer aux élèves, qui suivaient ma clinique, combien cette méningite était différente, par les symptômes de son début, de toutes les méningites granuliques sur lesquelles j'avais appelé leur attention dans le cours de l'année.

Ce garçon, en effet, à part la toux et l'expectoration, liées à la tuberculisation chronique de ses poumons, n'était pas malade, à proprement parler, avant l'apparition des symptômes

méningitiques; il avait bon appétit, bon sommeil, et il sortait tout le jour.

Chez ceux que nous avions observés jusqu'alors, il y avait eu pendant plusieurs jours, un état de maladie générale, caractérisé par un profond malaise, par un mal de tête vague, par de l'insomnie, par une perte complète de l'appétit, par un profond dégoût pour toutes choses; enfin il nous manquait, chez ce garçon, un symptôme que nous avions rencontré, à un degré plus ou moins prononcé, chez tous les autres malades atteints de granulie, la tache cérébrale, décrite par le professeur Trousseau, comme un signe de méningo-encéphalite.

Je fis mettre au niveau des apophyses mastoïdes trente sangsues, appliquées deux par deux, de manière à entretenir un écoulement de sang continu, pendant plusieurs heures, et je lui fis donner à l'intérieur le calomel, associé à la résine de jalap.

Le jour suivant, le malade avait recouvré la parole; mais son intelligence restait vivement frappée; il était absorbé; il répondait très-confusément à nos questions; il souffrait de la tête; il rendait encore par l'oreille gauche un peu de sérosité purulente; il avait vomi plusieurs fois, et avait eu deux garde-robes involontaires; son ventre était beaucoup plus rétracté que la veille; il y avait aussi par moments un peu de roideur dans les doigts, dans la main et l'avant-bras du côté droit. La sensibilité ne paraissait pas modifiée; le pouls marquait 96 pulsations.

On continua le calomel et le jalap.

Le 11 novembre, le malade avait parlé une grande partie de la nuit; il avait voulu se lever plusieurs fois en délire; il répondait, d'une façon très-incohérente, à tout ce qu'on lui demandait; il avait l'air hébété, et très-absorbé; ses pupilles étaient larges; il n'y avait pas de strabisme; la langue était légèrement blanchâtre et humide; il avait vomi plusieurs fois depuis la veille, et avait laissé aller ses matières plusieurs fois sous lui; il urinait aussi dans son lit, sans prévenir; le ventre était indolent et très-contracté; on ne faisait toujours

pas apparaître les raies cérébrales, en traçant des lignes sur la peau, avec le revers de l'ongle.

La main droite et le bras étaient notablement roides; il y avait aussi un peu de roideur dans la jambe du même côté; la respiration était inégale et irrégulière; le pouls était tombé à 64 pulsations.

Sinapismes sur les membres inférieurs; lavement purgatif.

Le 12 novembre, il paraissait un peu mieux; il avait été calme la nuit, et son intelligence paraissait moins troublée; il parlait un peu mieux que la veille; la roideur du bras était moins prononcée; le pouls donnait 54 pulsations.

Le 13 novembre, il fut repris d'agitation et de délire; on fut obligé de l'attacher; la contracture qui avait existé du côté droit était remplacée par de la paralysie; le membre supérieur de ce côté était en résolution, et la sensibilité y paraissait aussi fortement émoussée; du côté gauche, il y avait, au contraire, un peu de contracture; le malade n'avait pas vomi; il n'avait pas eu de nouvelles garde-robes; il n'avait pas uriné, et il fallut le sonder.

Le pouls était tout à fait régulier, 56 pulsations. Les taches cérébrales ne se produisaient toujours pas.

On réitéra les purgatifs, et l'on fit avaler au malade un mélange de calomel, de jalap et de scammonée, chacun à la dose de 50 centigrammes.

Le 14, le malade avait eu plusieurs garde-robes, mais son état ne s'était pas amélioré; il était plongé dans un demi-coma et ne répondait plus à rien; son pouls avait repris un peu de fréquence; il donnait 92 pulsations; la respiration était précipitée et très-fréquente.

On rasa la tête, et l'on appliqua sur le cuir chevelu un large vésicatoire qui n'apporta aucun mieux; le malade mourut le lendemain matin, 15 novembre.

L'autopsie confirma en grande partie le diagnostic qui avait été porté; il y avait une méningite générale *purulente;* du pus verdâtre était infiltré dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et formait des espèces de petites plaques pseudo-mem-

braneuses inégales, à la base du cerveau, au niveau du chiasma des nerfs optiques, à la base des pédoncules, et sur un certain nombre de circonvolutions cérébrales.

Cette méningite paraissait avoir eu son point de départ dans une masse tuberculeuse ramollie, du volume d'une grosse aveline, qui occupait la partie du cerveau qui est en rapport avec le rocher du côté gauche. Cette matière tuberculeuse, en rapport direct avec le tissu cellulo-vasculaire de la pie-mère, s'était en partie épanchée dans l'arachnoïde de cette région, et était entourée de toutes parts, du côté du cerveau, par de la substance cérébrale fortement enflammée et suppurée. Les ventricules contenaient, en outre, un demi-verre de sérosité purulente. Il y avait donc une méningo-encéphalite purulente tuberculeuse chez le malade. L'extérieur du rocher ne paraissait pas malade; il n'y avait pas d'apparence de carie ni d'ostéite; mais, à l'intérieur, il y avait des désordres considérables; la membrane du tympan était épaissie et perforée, et toute l'oreille moyenne présentait des signes d'inflammation.

Il y avait dans le sommet des deux poumons, des tubercules à différents degrés; mais nulle part, il n'y avait de granulations tuberculisées, ni de granulations demi-transparentes, non plus qu'aucun signe de granulie récente ou ancienne, du côté des plèvres, non plus que du côté de l'abdomen.

Il s'agissait donc bien, chez ce malade, d'une de ces méningites déterminées par une cause toute locale; et non point d'une méningite développée sous l'influence de l'affection générale.

Il arrive assez souvent qu'une affection granulique soit méconnue chez les enfants, qu'elle passe devant le médecin sous le masque d'une petite fièvre continue, ou d'une fièvre de croissance; que l'enfant guérisse au bout de dix ou quinze jours, et qu'il reste néanmoins quelques produits granuleux du côté de l'encéphale. Si l'enfant est issu de parents tuberculeux, ces granulations, au bout d'un temps plus ou moins long, se tuberculiseront; or, il ne faut pas confondre, ainsi qu'on l'a fait trop souvent, les symptômes de la tubercu-

lisation de ces granulations, avec l'inflammation qui les a produits.

Parmi les phénomènes prodromiques de la fièvre cérébrale, on a généralement confondu, avec assez de complaisance, les symptômes de l'affection pathogénique des granulations, avec ceux de la tuberculisation de ces produits ; et ce sont cependant deux actes pathologiques trop distincts pour les confondre ensemble.

Ce changement dans le caractère, et dans les manières d'être du malade, qui s'observe deux, trois, et quelquefois plusieurs mois avant que la fièvre cérébrale fasse explosion ; cette tristesse, cette insouciance du jeu, cet amaigrissement progressif, dont parle M. le professeur Trousseau (1), ces douleurs de tête horribles, ces réveils en sursaut, accompagnés de cris perçants, ces céphalées intermittentes, ces convulsions, ces paralysies partielles, qui apparaissent, soudainement, à des intervalles plus ou moins éloignés, et qui se dissipent rapidement, sont tous autant de symptômes, qu'il convient d'attribuer à la tuberculisation des granulations, ou à la production de tubercules primitifs, dans les organes encéphaliques; mais qui n'appartiennent en rien à l'affection granulique que je cherche à faire connaître.

Si l'on se renseigne suffisamment auprès des parents dont les enfants éprouvent de tels prodrômes, on apprendra presque toujours qu'un mois, que six semaines, que deux mois auparavant, et souvent davantage, l'enfant avait fait une petite maladie, qu'il avait eu une fièvre de croissance, ou une petite fièvre qui avait fait craindre une fièvre typhoïde; mais qui avait guéri, après une dixaine de jours d'alitement ; que pendant ce temps, l'enfant avait mal à la tête, qu'il ne dormait pas; qu'il avait perdu l'appétit; qu'il avait vomi plusieurs fois, etc., etc.; et si cet antécédent fait complétement défaut, et que les symptômes de tuberculisation encéphalique soient primitifs, l'autopsie révélera de gros tubercules cérébraux, comme chez le petit malade de l'hôpital de Tours, dont M. le

(1) *Clin. méd.*, p. 312.

professeur Trousseau cite l'histoire ; et comme chez le malade de la salle Saint-Benjamin, dont je viens de parler, il y a un instant.

On peut porter longtemps des tubercules dans le cerveau, sans qu'ils donnent lieu à de grands symptômes ; et souvent les symptômes qu'ils occasionnent sont très-passagers et intermittents ; la tolérance de l'encéphale est non moins remarquable pour les tubercules, que pour toutes espèces de tumeurs. Mais ces symptômes, dans aucun cas, ne sont ceux de la méningo-encéphalite ; de sorte qu'ils peuvent précéder cette maladie, quand ce sera une tumeur tuberculeuse qui la déterminera ; comme ils peuvent aussi succéder à une maladie granulique, quand les produits granuleux deviennent des tubercules.

L'on peut dire d'une manière générale, que, lorsque ces symptômes, dûs à la tuberculisation encéphalique, ont précédé l'explosion d'une méningite, c'est que celle-ci est liée à la présence de tubercules, ou de granulations tuberculisées ; ces espèces de prodrômes sont donc encore, jusqu'à un certain point, des signes de diagnostic différentiel entre la forme cérébrale de l'affection granulique, et la méningite tuberculeuse.

Enfin, en prenant en considération tous les symptômes tirés de l'état général, qui précèdent et accompagnent l'invasion des phénomènes cérébraux, on parviendra, le plus souvent, à reconnaître, pendant la vie, la nature granulique de l'inflammation méningée ; et on la distinguera de la méningite, occasionnée par des tubercules, ou par des tumeurs encéphaliques.

La pleurésie granulique doit être, comme la méningite, distinguée de la pleurésie simple, et de la pleurésie tuberculeuse. C'est encore par les signes tirés de l'état général du malade, que l'on arrive à établir le diagnostic avec précision.

La pleurésie simple, indépendamment des signes stéthoscopiques qui révèlent l'existence d'un épanchement dans la cavité pleurale, se traduit encore par un ensemble de symptômes, assez exactement en rapport avec le degré d'orgasme inflam-

matoire, éveillé par la maladie; c'est ainsi qu'aux symptômes qui sont directement liés au siége de l'inflammation, tels que le point de côté, la dyspnée, l'oppression, il se joint une fièvre vive, de l'anxiété, de la soif et de l'inappétence; mais, en dehors des symptômes, qu'il convient d'attribuer à ce que l'on est convenu d'appeler la réaction inflammatoire, on n'en rencontre point, qui relèvent d'une détermination locale de l'affection, soit du côté de la tête, soit du côté de l'abdomen; et lorsque, après quelques jours de durée, l'inflammation pleurétique a perdu de sa vivacité, la réaction inflammatoire s'éteint, et le malade n'offre plus que des symptômes locaux, subordonnés à la quantité de l'épanchement. Le bon état de santé, antérieur à la pleurésie, et l'absence de symptômes concomittants, qui lui seraient étrangers, sont les principaux signes de la simplicité de sa nature inflammatoire.

Il n'en est point ainsi de la pleurésie granulique; elle diffère de la pleurésie simple par la lenteur de son invasion, par le peu d'orgasme inflammatoire qui préside à son évolution, par les symptômes généraux qui précèdent et accompagnent la fluxion pleurétique ou qui lui succèdent.

Rarement, très-rarement, la pleurésie granulique débute par du frisson; la douleur de côté est presque toujours sourde, et l'oppression est très-peu intense; un certain état de malaise, de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'inappétence précèdent de quelques jours les symptômes thoraciques; l'aspect du malade éveille, au premier abord, plutôt l'idée d'une pyrexie que celle d'une inflammation thoracique; il a un peu de stupeur, parfois quelques troubles des sens, de la dilatation et de l'inégalité dans les pupilles; l'exploration du ventre peut fournir aussi des signes précieux, tels que de la sensibilité à la palpation, des frottements péritonéaux, enfin l'apparition facile des raies hypérémiques sur la peau, compléteront le diagnostic.

Des signes considérables sont aussi relatifs à la marche de l'épanchement.

Quand la pleurésie n'est pas sèche, ce qui arrive quelquefois, l'épanchement qu'elle produit est, en général, peu abon-

dant, et se résorbe avec une promptitude tout à fait contraire à l'allure ordinaire des épanchements symptomatiques de la pleurésie simple. Il est aussi très-fréquent, dans ce cas, que la pleurésie soit double, ou bien, qu'au moment où elle quitte un côté, elle se porte sur le côté opposé, ce qui n'est point le propre de la pleurésie simple, et ce qui implique presque toujours l'existence d'une disposition pathologique générale, dominant les fluxions locales.

Le diagnostic différentiel offrira encore moins de difficulté, s'il s'agit de la pleurésie *latente*, de l'hydrothorax aigu, car dans cette maladie, ce qu'il y a de plus particulier, c'est précisément le contraste qui résulte de l'abondance de l'épanchement pleurétique, et de l'absence plus ou moins totale de troubles fonctionnels; si bien que des individus, tout en conservant les attributs de la santé, et en continuant à vaquer à leurs affaires, portent dans leur plèvre une quantité de liquide, qui peut s'élever à plusieurs litres; or, dans la pleurésie granulique, les symptômes généraux prédominent sur l'état local, et les individus atteints de cette espèce de pleurésie sont, en apparence, plus malades que ne le comporterait une pleurésie simple, et à plus forte raison une pleurésie latente.

La pleurésie latente est suivie, chez un certain nombre de personnes, de tuberculisation pulmonaire, ce qui a fait admettre que la pleurésie latente était parfois de nature tuberculeuse; il me paraît nécessaire de bien préciser ce qu'il faut entendre par pleurésie tuberculeuse, afin de faire ressortir en quoi la pleurésie granulique s'en distingue.

Un premier point, qui n'est contesté par personne, c'est que l'hydrothorax aigu, ou pleurésie latente, peut être idiopathique, et qu'il ne relève, dans ce cas, d'aucune maladie diathésique. Un second point, qui ne saurait non plus soulever de controverse, c'est qu'un individu, qui a été atteint d'une pleurésie latente idiopathique, peut guérir de cette maladie et peut devenir tuberculeux quelques années plus tard, sans qu'il y ait cependant aucune corrélation étiologique entre les deux maladies. Un troisième point, qui ne

saurait non plus être démenti par la clinique, c'est qu'un individu, atteint de tubercules thoraciques, peut être atteint d'une pleurésie latente, reliée à la présence des tubercules. Eh bien ! cette pleurésie latente, qui survient chez un tuberculeux, constitue-t-elle toute la pleurésie tuberculeuse à elle seule, ou bien n'en est-elle qu'une variété? Elle n'en est qu'une variété !

En effet, la pleurésie tuberculeuse comprend plusieurs variétés. Lorsque des tubercules sont en rapport avec la plèvre, leur présence est une cause d'appel fluxionnaire, qui peut avoir pour unique effet une simple hypercrinie de la plèvre, qui constitue une pleurésie latente symptomatique; c'est une première variété de la pleurésie tuberculeuse; d'autres fois, l'appel fluxionnaire, sollicité par la présence des tubercules, ne s'arrête pas à une simple hypercrinie, mais il élève son effet jusqu'à l'inflammation; et, dans ce cas, c'est une véritable inflammation de la plèvre qui éclate, et qui donne lieu à un épanchement très-riche de fibrine, et à des fausses membranes plus ou moins abondantes; enfin, sans parler de la pleurésie sèche des tuberculeux, qui est connue de tout le monde, il y a une quatrième variété de la pleurésie tuberculeuse qui est purulente.

Chacune de ces variétés de la pleurésie tuberculeuse doit être distinguée à la clinique, de la pleurésie granulique.

La pleurésie latente tuberculeuse diffère de la pleurésie granulique, et par la modalité de l'état général du malade, et par les signes locaux de la tuberculisation pulmonaire.

L'état général de la tuberculisation diffère considérablement de celui qui accompagne la pleurésie granulique. Les malades sont affaiblis, ils maigrissent, ils pâlissent; leur nutrition est profondément altérée, et ils n'ont aucun des symptômes de l'affection granulique; de plus, la marche de la maladie est tout à fait différente; tandis que l'épanchement est si prompt à se résorber dans la pleurésie granulique, celui de l'hydrothorax tuberculeux reste longtemps stationnaire, et ne se résorbe souvent qu'avec beaucoup de difficulté.

Lorsque la pleurésie tuberculeuse revêt une forme plus inflammatoire, qu'elle s'accompagne de fièvre, de douleur de côté et d'oppression, il se fait presque toujours simultanément un travail actif de tuberculisation dans le sommet des poumons, et l'on ne tarde pas à constater tous les signes physiques d'une tuberculisation rapide, dont l'évolution continue son cours, après la résorption du liquide épanché dans la plèvre ; c'est particulièrement dans cette circonstance que des fausses membranes molles persistent longtemps à la surface des plèvres et donnent lieu, quand on ausculte le malade, à ces bruits de frottements humides qui ressemblent, à s'y méprendre, à des gargouillements caverneux.

Enfin la pleurésie purulente tuberculeuse s'accompagne d'un état aigu de consomption qui ne ressemble guère à l'état général de l'affection granulique. La persistance de l'épanchement, l'immobilité des signes stéthoscopiques qui s'y rapportent, la pâleur cachectique du malade, l'espèce de fièvre rémittente qui le consume, l'abondance des sueurs, l'apparition de la diarrhée, etc., etc. Tous ces symptômes diffèrent par trop de ceux de l'affection granulique pour que nous nous y arrêtions davantage.

Mais il est un cas de diagnostic souvent très-difficile à juger ; c'est, lorsqu'à la suite d'une granulie pleurale, quand des adhérences celluleuses se sont déjà partiellement organisées entre les deux feuillets pleuraux, il survient une inflammation secondaire, qui n'est plus sous la dépendance de l'affection primitive, et qui, cette fois, se comporte à la manière d'une inflammation toute locale.

Cette inflammation secondaire, qui se développe sur un tissu séreux, modifié par une couche de tissu cellulaire de nouvelle formation, a une très-grande tendance à se terminer par suppuration, et elle donne lieu à des épanchements séro-purulents presque toujours incurables.

L'état général qui accompagne cette espèce de pleurésie ressemble beaucoup à celui de la pleurésie purulente tuberculeuse, et il est d'autant plus difficile de les distinguer, que souvent la tuberculisation vient se mettre de la partie. Mais

ce qu'il importe de ne pas oublier, c'est, qu'en pareil cas, ce n'est pas à la pleurésie véritablement granulique qu'on a affaire, mais à une pleurésie spéciale, consécutive à la pleurésie granulique, et qu'alors il n'y a plus, chez le malade, aucun des symptômes de l'affection générale, à laquelle avait été subordonnée la pleurésie primitive ; les antécédents du malade, rapprochés de l'absence des signes physiques de tuberculisation pulmonaire, pourront seuls, dans ce cas, permettre d'asseoir le diagnostic d'une façon convenable.

Le diagnostic différentiel entre la forme thoracique de la granulie et la tuberculisation aiguë, mérite toute l'attention des praticiens; je suis entré déjà dans trop de détails sur la différence des deux maladies, à propos de la granulie, lorsqu'elle sévit sur des tuberculeux (1), pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Je ne ferai donc ici que résumer, le plus succinctement possible, les principaux signes différentiels des deux affections.

Lorsque les symptômes thoraciques prédominent dans l'affection granulique et qu'elle est indépendante de toute association avec la tuberculisation, ce sont presque toujours des symptômes pleurétiques qui attirent l'attention; au contraire, dans la phthisie aiguë, ce sont, tout particulièrement, des symptômes bronchiques et pulmonaires qu'éprouve le malade.

Il est même assez surprenant que l'engouement pulmonaire dû à l'inflammation granulique, et que le nombre immense de granulations fibro-plastiques qui en résultent, ne causent pas plus de dyspnée et d'oppression que cela n'a lieu ordinairement : ce fait a été signalé par la plupart des médecins qui se sont occupés de la phthisie galopante *typhoïde;* ils ont presque tous mentionné le peu de trouble apporté aux fonctions respiratoires, et le peu de signes fournis par l'examen stéthoscopique.

Il en est tout autrement dans la phthisie aiguë; là, les signes stéthoscopiques et les troubles de la respiration se

(1) Voyez p. 214.

rapprochent les uns des autres et se pressent en foule. Le malade a de la toux; il crache beaucoup; il a de l'oppression; sa respiration est fréquente; la percussion et l'auscultation dénotent, dans le poumon, des lésions tuberculeuses de jour en jour plus considérables; enfin, le malade a une fièvre vive; il transpire abondamment; il a de la soif, et souvent de la diarrhée.

L'état général est tout différent de celui qui appartient à l'affection granulique; aucun des troubles de l'innervation, sur lesquels j'ai déjà appelé tant de fois l'attention, à propos des signes de la granulie, ne se rencontrent dans la tuberculisation aiguë.

A part les signes de tuberculisation pulmonaire apportés par l'auscultation, la bronchite est, de tous les signes de la phthisie aiguë, celui qui mérite le plus de considération; car l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches n'est point un symptôme propre à la granulie; et quand un malade a une bronchite intense, en même temps qu'il éprouve tous les symptômes de l'état général propre à cette affection, il est infiniment probable qu'il y a chez lui association des deux maladies; et, en effet, dans ce cas, l'autopsie révélera, indépendamment des lésions caractéristiques de la granulie, une tuberculisation miliaire aiguë. C'est cet état pathologique complexe, résultant de l'association des deux affections chez le même sujet, que les auteurs ont décrit sous le nom de phthisie galopante catarrhale.

Cette forme catarrhale de la granulie, associée à la tuberculisation aiguë, est parfois, à la clinique, très-difficilement distinguée de la fièvre typhoïde ; on parviendra, dans cette circonstance, à établir le diagnostic, en rapprochant tous les signes stéthoscopiques, fournis par la tuberculisation aiguë ; et si, dès les premiers jours, le diagnostic différentiel ne pouvait être formulé, il ne tarderait pas à pouvoir l'être, après quelques jours de durée de la maladie, à cause de la très-rapide évolution qu'exécutent les tubercules, à mesure qu'ils se déposent dans les granulations, et qu'ils envahissent leur substance ; de petites cavernes s'établissent en foule de haut

en bas dans les poumons, et donnent lieu à une infinité de petits gargouillements, qui ne sauraient être confondus par un clinicien, avec les râles sous-crépitants de l'engouement hypostatique des poumons, qui se produit quelquefois dans la fièvre typhoïde.

Lorsqu'une affection granulique est survenue chez un individu tuberculeux, et qu'elle a déterminé, dans les poumons, un très-grand nombre de granulations, qui deviennent au moment de son décours, la proie de la tuberculisation, il peut arriver que celle-ci prenne une allure aiguë, et qu'elle donne lieu à une bronchite capillaire intense, dont la nature est souvent difficile à reconnaître, avant que les tubercules ne soient parvenus à un degré assez avancé, pour être facilement appréciés par l'auscultation ; dans cette circonstance, le diagnostic est d'autant plus incertain que les signes de la maladie granulique primitive sont déjà plus lointains ; le malade est en proie à une oppression extrême, et l'on entend, dans toute la hauteur de sa poitrine, des râles humides et sibilants très-abondants ; il succombe rapidement à une asphyxie progressive, et souvent même, avant que les granulations tuberculisées, qui encombrent les voies aériennes, aient dépassé le degré de crudité.

La forme abdominale de l'affection granulique est une de celles dont le diagnostic est ordinairement le plus facile à poser ; en effet, dans cette circonstance, si l'état général du malade présente une grande ressemblance avec celui de la fièvre typhoïde, les symptômes relatifs à l'inflammation du péritoine, ne sauraient laisser persister longtemps les doutes ; la sensibilité du ventre, le météorisme lié à la constipation, et la sensation d'empâtement que donnent bientôt les intestins, quand on palpe l'abdomen, ne permettent pas de confondre longtemps la maladie avec la dothiénentérie. Dès que les signes de la péritonite ont appelé l'attention, le diagnostic de l'affection qui la domine est, en général, assez facile, par la considération des symptômes de l'état général, car ces symptômes ne ressemblent, sous aucun rapport, à ceux qui accompagnent les autres péritonites. L'inflammation tuberculeuse

du péritoine diffère de la péritonite granulique, non-seulement par l'état général, mais encore par les symptômes locaux; la présence des tubercules sur le péritoine provoque assez souvent de l'épanchement dans la séreuse abdominale, dont la quantité est quelquefois très-grande, et dont la résorption se fait longtemps attendre; l'épanchement, au contraire, est assez rare dans la péritonite granulique, et quand il se produit, il est peu copieux, et se résorbe avec facilité.

Il peut arriver pour le péritoine, ce qui arrive quelquefois pour la plèvre : qu'une inflammation secondaire survienne, à la suite de la péritonite granulique, dans le tissu cellulaire de nouvelle formation, qui réunit entre elles les parties contiguës du péritoine, et que cette inflammation donne lieu à du liquide séro-purulent, qui se trouve enkysté au milieu des adhérences; le diagnostic, dans ce cas, se déduit tout particulièrement de l'état de maladie et des symptômes qui ont précédé cette inflammation secondaire, et de l'absence de lésions des organes revêtus par le péritoine, qui pourraient être le point de départ de l'inflammation.

La forme péritonéale de l'affection granulique diffère, sous trop de rapports, de la fièvre puerpérale, tant par ses symptômes généraux que par l'état puerpéral, et par les symptômes relatifs aux organes pelviens, pour qu'il convienne d'arrêter l'esprit du lecteur sur le diagnostic différentiel de ces deux affections.

CHAPITRE XII

DE LA NATURE ET DE L'ÉTIOLOGIE DE LA GRANULIE.

De la nature de la granulie, de ses rapports avec la diathèse tuberculeuse, de l'aptitude et de la prédisposition à cette affection. — Hérédité, âge, sexe, tempérament. — De l'influence de la constitution médicale sur sa fréquence et sur sa forme. — Des causes occasionnelles.

En terminant l'étude clinique de la granulie, on doit chercher à déterminer quelle est sa nature nosologique, et dans quelle classe de maladies il convient de la placer.

Par l'ensemble de ses symptômes généraux, par la rapidité de sa marche, par sa durée et par sa terminaison, la granulie est incontestablement une maladie aiguë; mais faut-il la placer dans la classe des phlegmasies, ou dans celle des pyrexies? ou bien, encore, participe-t-elle assez des unes et des autres par l'ensemble de ses caractères, pour qu'il soit à propos de lui donner une place dans ce groupe intermédiaire de maladies aiguës, qu'on appelle les fébri-phlegmasies?

La détermination locale de l'affection est évidemment une inflammation; le trouble apporté à la vitalité de l'organe qui en est le support est essentiellement inflammatoire; l'hypérémie, la douleur, l'exsudation pathologique qui en résultent, sont bien les caractères propres à l'inflammation. Un premier point ne saurait donc être contesté : à savoir que la granulie se traduit sur les organes par une inflammation spéciale.

Mais ce caractère de la nature inflammatoire des déterminations locales, est-il suffisant pour entraîner cette affection parmi les phlegmasies?

Si l'on prenait exclusivement, pour base de classification de la granulie, les symptômes particuliers à sa forme encéphalique la plus aiguë, on trouverait sans doute, dans cette circonstance, un rapport tel, entre les troubles fonctionnels et l'inflammation de l'encéphale, qu'il serait difficile de se soustraire à l'idée d'une subordination directe de la maladie à la lésion inflammatoire. Mais, si l'on considère cette forme de la maladie dans laquelle un état typhoïde fort grave coïncide avec des lésions locales peu étendues et peu nombreuses, on sera nécessairement plus enclin à subordonner les lésions locales à l'état général, ou du moins à admettre une modification générale de l'organisme simultanée, si ce n'est antérieure, aux lésions inflammatoires.

On la rangerait alors assez volontiers dans ce groupe de maladies aiguës dont les déterminations locales sont éminemment inflammatoires, mais qui relèvent d'un état morbide général primitif; elle se trouverait ainsi à côté de la diphthérite, de l'érysipèle, du rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre puerpérale, etc., etc.

L'étude des rapports de la granulie avec la diathèse tuberculeuse est très-intéressante, et mérite toute l'attention des médecins. Si, au point de vue de ses déterminations locales, et en tant que maladie, la granulie est incontestablement différente de la tuberculisation sous ses formes aiguë ou chronique, au point de vue de l'étiologie et des circonstances qui y prédisposent, ces deux maladies ont néanmoins entre elles des points de contact qui méritent de fixer l'attention.

Une des premières questions qui se présentent est de savoir si la granulie relève directement de la diathèse tuberculeuse, comme quelques médecins le soutiennent, ou bien si cette diathèse ne remplit, dans l'étiologie de cette affection, qu'un rôle de prédisposition.

Le mot diathèse est employé de nos jours, par les médecins les plus considérables, dans des acceptions si différentes et

si arbitraires, qu'il me paraît nécessaire, avant de discuter les rapports de la granulie avec la diathèse tuberculeuse, de fixer dans quelle acception j'emploie ce terme.

Depuis Aristote, qui ne lui accordait d'autre sens que celui de *disposition*, et pour qui la diathèse était l'*état* du corps, aussi bien en santé qu'en maladie, son acception a été de tout temps plus ou moins éloignée de sa signification primitive, ainsi que M. le professeur Grisolle le remarque judicieusement dans sa thèse (1). Quant à moi, je me sers de cette expression dans le sens rigoureux que lui implique M. le professeur Monneret, par la définition qu'il en a donnée, dans son excellent Traité de pathologie générale. Il me pardonnera, je pense, de transcrire ici quelques passages de son livre, qui fixent définitivement la valeur de ce mot, dans le langage médical, et le séparent de la prédisposition.

« La diathèse, écrit M. Monneret (2), est un état général « de l'organisme, héréditaire ou inné, rarement acquis, tout « à fait latent, jusqu'à l'époque où il détermine une maladie « générale, caractérisée par des lésions ou des troubles fonc« tionnels, disséminés dans un grand nombre de points, mais « identiques par leur nature, et cédant à la même médica« tion. Ainsi, action d'une cause spécifique sur l'organisme, « incubation, état latent souvent très-prolongé, phénomènes « morbides généraux et *lésions toujours les mêmes :* tels sont « les caractères de la diathèse. »

Exemple : diathèse scrofuleuse, cancéreuse, goutteuse.

« La diathèse, continue l'éminent professeur, n'est pas « encore la maladie, mais elle est plus que la prédisposition. « Elle constitue un état d'imminence morbide incessante, ou « plutôt d'incubation. Observez avec soin un goutteux, depuis « l'instant de sa naissance jusqu'au moment où la maladie « se manifeste pour la première fois, il vous sera impossible « d'en soupçonner l'existence ; si la constitution en porte les

(1) Grisolle, *Des Diathèses*. Thèse pour le concours à une chaire de pathologie médicale, 1851.

(2) Monneret, *Traité de pathologie générale*, T. III, p. 850.

« stigmates, c'est que la maladie a déjà fait invasion. Quel-« ques-unes de ces diathèses se manifestent de bonne heure, « comme la scrofuleuse et la tuberculeuse. On en aperçoit les « premiers symptômes dès la naissance ou peu de temps « après; d'autres, comme la rhumatismale, la goutteuse, la « cancéreuse, restent tout à fait latentes.

« La diathèse aboutit à un véritable état pathologique « qu'on appelle *maladie diathésique* : tels sont la scrofule, « la goutte, le rhumatisme, les dartres....; alors seulement « commence l'affection générale à laquelle on donne ces « noms.

« Quelles sont les maladies diathésiques, ajoute M. Mon-« neret, qui doivent être conservées? Rappelons d'abord qu'il « faut : A, qu'elles soient de cause spécifique; B, qu'elles re-« produisent toujours les mêmes effets; C, qu'elles soient « marquées par des lésions identiques ; D, transmissibles par « voie d'innéité; E, qu'elles ne soient consécutives à aucune « maladie locale déterminée. Celles qui nous paraissent rem-« plir toutes ces conditions sont : 1° la scrofuleuse; 2° la « rachitique ; 3° la tuberculeuse ; 4° la cancéreuse ; 5° la « goutteuse ; 6° la gravelleuse; 7° la rhumatismale; 8° la « dartreuse ; 9° l'hémorrhagique. Chacune d'elles, après être « restée à l'état latent ou d'incubation, se manifeste par des « symptômes spécifiques qui servent à la distinguer de toutes « les autres maladies.

« La diathèse est plus qu'une prédisposition (1), puisqu'elle « aboutit d'une manière fatale à une maladie *spéciale*... Dans « la prédisposition, il n'y a pas de semence morbifique, par « conséquent, aucune certitude qu'une maladie prendra « naissance. Il faut une cause excitante, soit externe, soit « interne, pour qu'elle se déclare.... Enfin, et c'est là son « caractère essentiel, la diathèse détermine à coup sûr l'espèce « pathologique. La prédisposition ne peut que préparer l'or-« ganisme à contracter une maladie qu'une autre cause pro-« duira.... La prédisposition crée une aptitude fâcheuse à

(1) *Loc. citat.*, p. 856.

« recevoir la maladie, une sorte de susceptibilité, d'immi-
« nence pathologique.

« La prédisposition est innée ou acquise ; la prédisposition
« héréditaire ou l'aptitude à la maladie, est donnée par le
« tempérament, l'idiosyncrasie, la constitution spéciale....
« Elle peut aussi dépendre d'une de ces *diathèses* que nous
« avons longuement étudiées, et qui ont reçu le nom de dia-
« thèses héréditaires (scrofuleuse, rachitique, tuberculeuse,
« cancéreuse, goutteuse, rhumatismale, dartreuse, hémor-
« rhagique). »

La méditation des passages de l'ouvrage de M. Monneret, que je viens de citer, ne laissera, j'espère, aucune équivoque, dans l'esprit du lecteur, sur le sens qu'il convient de donner aux expressions de diathèse et de prédisposition.

Bien des discussions s'épuiseraient promptement, si ceux qui y prennent part, avaient soin de déterminer la valeur des termes, en commençant leur argumentation.

Pour répondre à la question que je posais tout à l'heure, relativement au rôle que la diathèse tuberculeuse remplit vis-à-vis de la granulie, il suffit actuellement d'examiner si elle est, par rapport à cette affection, dans les conditions expressément assignées à une diathèse ou à une prédisposition.

Que la granulie sévisse souvent sur des individus qui portent en eux la diathèse tuberculeuse, qui auront plus tard des tubercules, ou qui en ont déjà dans quelques parties du corps, ce fait est hors de doute, et ne peut être contesté ; mais que la granulie soit la maladie à laquelle aboutisse toujours la diathèse tuberculeuse, de telle sorte que l'on puisse la considérer rigoureusement comme son effet, au même titre que l'affection tuberculeuse, c'est ce qui ne saurait être admis sans discussion.

Comme caractères des maladies diathésiques, M. le professeur Monneret indique qu'il faut qu'elles reproduisent toujours les mêmes effets, et qu'elles soit marquées par des lésions identiques ; or, la diathèse tuberculeuse a-t-elle ces caractères relativement à la granulie ? Non, sans doute !

D'une part, l'observation clinique établit de la manière la plus positive, que la granulie n'est point une période ni un degré nécessaire de l'affection tuberculeuse ; elle n'en marque ni le début, ni l'état, ni la fin ; elle apparaît souvent avant toute manifestation de tuberculisation, comme d'autres fois, elle éclate pendant le cours d'une tuberculisation déjà avancée ; mais surtout, et ce fait est d'une importance majeure, le plus grand nombre des individus qui meurent de tuberculisation, soit chronique, soit aiguë, succombent sans avoir été atteints de granulie, à aucune époque de leur vie ou de leur maladie.

Nous ne sommes plus au temps où l'on pouvait regarder les granulations comme le premier degré des tubercules; malgré les hypothèses ingénieuses de Virchow et de son école, sur la prolifération des cellules, et sur l'involution régressive des produits granuleux en tubercules, la clinique se refuse à donner gain de cause à cette théorie, et dément, par des centaines d'autopsies, que les tubercules aient pour premier degré nécessaire des granulations fibro-plastiques. Un très-grand nombre d'individus meurent avec des tubercules de toutes les grosseurs, parvenus à toutes les nuances de degrés pathologiques, et sans offrir cependant une seule granulation.

Il me paraît donc de la plus grande évidence que la granulie et la tuberculisation ne produisent pas les mêmes effets sur les individus qu'elles frappent; et que, toutes deux, bien loin d'être *marquées par des lésions identiques*, le sont, tout au contraire, par des lésions expressément différentes, qui ne sauraient être prises, les unes par rapport aux autres, pour les degrés successifs d'une production pathologique unique ; et qu'ainsi elles manquent de caractères communs, qui permettraient de les confondre en une seule affection diathésique, l'affection tuberculeuse.

L'objection qui pourrait être basée sur la tuberculisation des productions granuleuses n'est pas sérieuse ; je l'ai suffisamment réfutée par des faits cliniques, pendant tout le cours de ce travail, pour qu'il soit inutile d'y revenir longuement.

Hé quoi! parce que la diathèse tuberculeuse trouverait dans le tissu conjonctif de nouvelle formation qui constitue les granulations, un terrain apte à recevoir ses manifestations, on en conclurait précipitamment que le tissu envahi et la lésion envahissante sont de même nature, et relèvent de la même diathèse!

Lorsqu'une rougeole sévit sur un enfant en incubation diathésique de scrofule, est-ce qu'on ne voit pas fréquemment les inflammations morbilleuses des membranes muqueuses oculo-nasales ou pulmonaires, modifier ces tissus de telle sorte, qu'ils attirent sur eux la manifestation scrofuleuse, sitôt après le passage de la fièvre éruptive; quel est le médecin qui se croirait autorisé à conclure de la succession rapide de ces deux actes pathologiques sur le même tissu, qu'ils sont tous deux de même nature, et qu'ils relèvent de la même diathèse; que l'un et l'autre ne diffèrent que par la vivacité de leur allure?

Parce qu'une tuberculisation pulmonaire éclatera chez une personne dans la convalescence d'une rougeole, dira-t-on, comme une nourrice, que c'est la rougeole qui est rentrée dans la poitrine, et qui se continue à l'état chronique? Ne verra-t-on pas là, bien plutôt, un exemple de cette loi de physiologie pathologique, de par laquelle un organe en convalescence est, comme l'individu qui le porte, plus apte à une nouvelle maladie que s'il était complétement sain. Et ne verra-t-on pas, dans l'espèce, que la fluxion morbilleuse des voies respiratoires a été une cause puissante d'appel des manifestations diathésiques, qui n'attendaient, pour se produire, qu'une aptitude organique plus prononcée. C'est encore d'après la même loi, que la surface d'un vésicatoire, en train de se sécher, devient le siége d'une éruption confluente de variole, si cette maladie vient à frapper, même sous sa forme la plus discrète, celui qui porte ce vésicatoire, et que la diathèse scrofuleuse s'empare d'une arthrite traumatique ou d'une arthrite rhumatismale, pour la convertir en tumeur blanche! Qui donc cependant oserait dire, en présence de la succession d'une arthrite scrofuleuse à une ar-

thrite aiguë rhumatismale, que ces deux inflammations du même organe sont de même nature, et qu'elles relèvent de la même diathèse?

Il est mal aisé de s'expliquer comment des médecins, familiarisés avec tous ces faits, ont de la peine à comprendre que la granulie puisse être une cause déterminante des manifestations de la diathèse tuberculeuse, et que les produits granuleux puissent être envahis par les tubercules, bien qu'ils ne soient pas primitivement de même nature.

La transformation d'un produit pathologique en un autre est bien différente de la substitution d'un produit à un autre sur un même organe ; la substitution pathologique s'observe journellement ; la transformation véritable est très-contestable, et repose sur des hypothèses qui n'ont pas encore été confirmées par des preuves rigoureuses. Quand on compare le volume de la granulation fibro-plastique la plus grosse à celui d'un tubercule caséeux de moyenne grosseur, on se demande, en mettant d'ailleurs, sous toute réserve, la possibilité de la transformation régressive des éléments, si l'on peut admettre raisonnablement, que la substance de l'une puisse fournir matière à la substance de l'autre ; et, dans la négative, à quel endroit de la périphérie du tubercule qui grossit toujours, se fait cette prolifération invisible de tissu conjonctif, qui devrait, dans cette hypothèse, fournir incessamment au tubercule une coque granuleuse? Je le répète une dernière fois, non-seulement les tubercules caséeux ne sont point circonscrits par de la matière granulique, mais un très-grand nombre de tuberculeux meurent sans avoir de granulations dans leurs organes.

Prenant donc en considération, 1° les effets différents qu'exercent sur l'organisme la granulie et la tuberculisation ; 2° les lésions si différentes qui constituent anatomiquement ces deux maladies ; 3° l'inconstance de l'une, avant, pendant ou après l'évolution de l'autre ; 4° la transmissibilité si avérée de la tuberculisation par voie d'hérédité, tandis qu'il n'y a peut-être pas, dans la science, un seul fait authentique de transmission héréditaire de la granulie, je me crois autorisé

à conclure, que la granulie ne relève pas de la diathèse tuberculeuse au même titre que la tuberculisation.

Actuellement, la diathèse tuberculeuse est-elle une prédisposition à la granulie ? Oui, sans doute, et elle a, par rapport à elle, tous les attributs de la prédisposition. Nous avons vu tout à l'heure que M. Monneret distinguait la diathèse de la prédisposition, en ce que, dans cette dernière, il n'y avait pas de semence morbifique, et par conséquent aucune certitude que la maladie prendra naissance; or, c'est précisément ainsi que se comporte la diathèse tuberculeuse vis-à-vis de la granulie ; elle n'aboutit pas fatalement à cette affection, mais elle prépare l'organisme à la contracter ; elle crée en lui une aptitude fâcheuse à la recevoir; une sorte de susceptibilité, d'imminence pathologique.

C'est à ce point de vue seul qu'il faut comprendre, parmi les causes prédisposantes de la granulie, l'influence héréditaire. Les enfants des tuberculeux n'héritent pas de leurs parents du germe de la granulie; cette maladie ne survient pas presque fatalement chez eux, à un certain moment de leur existence, après une période d'incubation plus ou moins prolongée, comme le fait malheureusement presque toujours la tuberculisation ; c'est elle qui est héréditaire, ainsi que la diathèse qui la domine; mais la granulie ne l'est pas ; elle trouve seulement une prédisposition fortement marquée dans l'organisme de ceux qui sont issus de parents tuberculeux; voilà tout. Il ne faut même pas croire que la prédisposition, imprimée à l'organisme par la diathèse tuberculeuse, soit nécessaire, indispensable à la détermination de la granulie. Point du tout; un grand nombre d'individus sont frappés par la granulie, bien qu'il n'y ait eu jusque-là, dans leur famille, aucun antécédent de tuberculisation. Ainsi, sur les vingt-sept malades atteints de cette affection, dont j'ai parlé dans ce travail, *seize* n'avaient absolument aucun antécédent de tuberculisation dans leur famille. Elle est toujours une maladie acquise, mais on est d'autant plus apte à l'acquérir, qu'on est déjà dominé par la diathèse tuberculeuse.

En définitive, les individus qui sont sous l'influence de la

diathèse tuberculeuse sont plus prédisposés à la granulie que ceux qui ne le sont pas ; mais ils ne sont pas pour cela voués à cette affection, comme ils le sont presque toujours à la tuberculisation.

Parmi les conditions d'aptitude à la granulie, l'âge, le sexe, et le tempérament ont assurément une certaine importance, et doivent tenir une place dans l'étude de la prédisposition. Malheureusement, il y a encore dans la science très-peu de documents capables d'éclairer les questions qui se rattachent à ce sujet. La raison en est facile à comprendre : la granulie n'avait pas encore été étudiée d'une manière générale ; tout ce qu'on peut recueillir dans les auteurs se trouve morcelé dans les descriptions isolées des différentes formes de l'affection, considérées comme des maladies distinctes. Si bien que la condition physiologique qui, d'après les relevés d'un même auteur, est envisagée comme une cause prédisposante à la maladie, lorsqu'il la décrit sous un nom, est présentée comme une condition peu favorable à son développement, quand il l'appelle autrement.

La statistique de l'administration des hôpitaux ne saurait fournir encore aucune donnée sérieuse sur ces diverses questions, à cause de la confusion qui résulte de la manière dont la maladie est dénommée, par les différents chefs de service ; elle a existé, là où on ne la soupçonnait guère, et ailleurs, elle est indiquée où elle a fait totalement défaut.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ce qui est écrit sur l'étiologie de cette maladie, dans les livres, pour comprendre immédiatement que tout est à refaire sur ce sujet.

L'âge est fréquemment invoqué comme une cause prédisposante à cette affection. Mais on peut avoir la granulie à tout âge, et sous toutes ses formes ; l'enfance a été regardée, par les médecins attachés à des hôpitaux d'enfants, comme prédisposant particulièrement à la maladie ; mais, par contre, les médecins qui sont à la tête d'hôpitaux d'adultes, ont pensé que la maladie était beaucoup plus fréquente à la période moyenne de la vie qu'à ses deux extrêmes.

M. le professeur Leudet, de Rouen (1), croit que la phthisie aiguë est surtout fréquente de vingt à trente ans, et donne trente-quatre ans pour moyenne de l'âge des malades dont il a pu analyser les observations. Sur 27 malades, atteints de phthisie aiguë, observés soit par lui, soit par M. Louis, soit par le docteur Waller, 21 avaient au-dessous de trente ans, six au delà de cet âge ; les extrêmes étaient douze ans et soixante-dix-sept ans.

Sur les 27 malades qui servent de base à mon travail, j'arrive pour l'âge à une moyenne assez différente de celle qui a été trouvée par M. Leudet.

En additionnant les années de mes 27 malades, j'obtiens le nombre total de 734 années qui, divisé par le nombre des malades, donne pour moyenne d'âge vingt-sept ans. L'individu le moins âgé avait seize ans et le plus âgé en avait cinquante-quatre.

Voici, du reste, le tableau complet de l'âge des malades dont les observations se trouvent dans mon livre :

Age.	Malades.	Age.	Malades.
16 ans.	1	27 ans.	2
17 ans.	1	28 ans.	1
19 ans.	2	29 ans.	1
20 ans.	4	30 ans.	2
21 ans.	2	33 ans.	2
23 ans.	1	37 ans.	1
24 ans.	2	39 ans.	3
25 ans.	1	54 ans.	1
	14	Total. . . .	27

D'après Guersant (2), la méningite tuberculeuse serait sur-

(1) *Loc. citat.*, p. 17.
(2) Guersant, *Dict. méd.* en 30 art. Méningite, t. XIX, p. 394.

tout fréquente de trois à quatorze ans ; voici le tableau de quatre-vingts cas qu'il rapporte :

6 semaines.	1	19 ans.	3
2 mois.	1	21 ans.	4
2 ans à 2 ans et demi. .	2	22 ans.	2
3 ans à 3 ans et demi. .	6	23 ans.	1
4 ans.	4	25 ans.	1
5 ans.	3	26 ans.	1
6 ans.	3	28 ans.	1
7 ans à 7 ans et demi.	5	29 ans.	1
8 ans à 8 ans et demi.	5	30 ans.	1
9 ans.	5	31 ans.	1
10 ans.	3	32 ans.	1
11 ans.	2	36 ans.	1
13 ans.	3	38 ans.	2
14 ans.	3	50 ans.	3
15 ans.	1	52 ans.	1
16 ans.	2	60 ans.	1
17 ans.	2	68 ans.	1
18 ans.	3		54
	54	Total. . . .	80

D'après M. Piet, sur un relevé de quatre-vingt-dix observations, la maladie aurait eu son maximum de fréquence de six à huit ans. On comprend très-bien que, suivant le théâtre où chacun a fait ses observations, l'âge des malades n'a pas pu être le même ; à l'hôpital des enfants, on ne reçoit de malade qu'au delà de deux ans, et qu'au-dessous de quinze ans ; dans les autres hôpitaux, on ne les reçoit qu'au-dessus de la quinzième année ; ce fait donne de suite raison de l'opinion différente émise par Guersant et par M. Leudet, sur l'âge qui prédispose le plus à la maladie. Il ne faut pas affirmer non plus que tel âge prédispose particulièrement à telle forme de la maladie, plutôt qu'à telle autre ; en lisant ce qui est écrit à cet égard, dans les traités de maladies d'enfants, on

est disposé à croire, au premier abord, que l'enfance prédispose presque exclusivement à la forme cérébrale de l'affection, et l'âge adulte à la forme typhoïde et thoracique ; mais si l'on compare les relevés de méningite granuleuse, recueillis chez les enfants, avec tous les cas d'hydrocéphale aiguë, observés chez des adultes et analysés par Dance, Coindet, etc., et qu'on veuille bien reconnaître que, sous deux noms différents, les auteurs ont eu sous les yeux presque toujours la même maladie, on se persuadera que le moment n'est pas encore venu, où l'on puisse se prononcer sur l'époque de la vie, où la prédisposition à la maladie est la plus accusée.

Depuis que je me suis familiarisé avec les signes, au moyen desquels on peut diagnostiquer la maladie sous ses formes curables, je l'ai rencontrée chez des enfants et chez des vieillards, dans des circonstances où je l'aurais certainement méconnue, il a quelques années, avant d'avoir fait une étude approfondie de cette affection, comme je l'ai fait depuis. Je ne doute pas que, dans quelques années, les opinions que chacun à émises sur la prédisposition relative à l'âge ne soient fortement modifiées. Quant à moi, je préfère m'abstenir, à cet égard, que de formuler des lois qui seraient abrogées bientôt, par l'autorité de faits plus nombreux et plus judicieusement appréciés.

Les contradictions qui se rencontrent chez les auteurs, relativement à l'influence de l'âge, ne sont pas moins nombreuses au point de vue du *sexe*. D'après M. Leudet (1), le sexe masculin semble, d'après le résumé de ses observations, plus prédisposé à la phthisie aiguë que le sexe féminin ; ainsi, sur 23 faits, on compte 14 hommes et seulement 7 femmes. Cependant, M. le professeur Trousseau pense que la maladie se rencontre particulièrement sur les femmes ; du moins est-ce particulièrement des femmes, et des femmes jeunes, écrit-il, qu'il a vues atteintes de cette maladie (2). Dans le relevé des 80 observations que j'ai emprunté tout à l'heure

(1) Leudet, *loc. citat.*, p. 47.
(2) Trousseau, *Clin. méd.*, t. I, p. 570.

à Guersant (1), 57 appartiennent au sexe masculin, et 23 au sexe féminin; mais cette différence de proportion entre les deux sexes, comme le remarque l'illustre médecin de l'hôpital des enfants, tient à l'inégale proportion des lits consacrés, dans son service, à l'un et à l'autre sexe. Sur un relevé de 209 cas d'hydrocéphale aiguë, dû à Coïndet, la maladie s'est rencontrée 104 fois sur des garçons et 105 sur des filles; la différence est donc insignifiante.

Parmi les observations que j'ai recueillies à l'hôpital de la Pitié, si la maladie a été un peu plus souvent observée chez la femme que chez l'homme, c'est vraisemblablement parce que sur les 90 lits dont se compose mon service, il n'y en a que 26 consacrés aux hommes. Sur les 27 malades dont j'ai donné l'âge, il y a un instant, il se trouve 15 femmes et seulement 12 hommes.

D'après l'ensemble des relevés que j'ai consultés, les deux sexes me paraissent également prédisposés à l'affection granulique.

La constitution et le tempérament qui prédispose le plus à la maladie, ne sont pas encore suffisamment déterminés pour que l'on soit autorisé à rien conclure à cet égard.

M. Leudet attache une grande importance à l'influence de la constitution épidémique sur la fréquence de la maladie, et rapproche le grand nombre de phthisies aiguës observées à Paris, tant en ville que dans les hôpitaux, au commencement de l'année 1851, de l'épidémie de grippe qui sévissait au même moment sur la capitale. Une opinion semblable sur l'épidémicité de la maladie, a été défendue, à la Société médicale des hôpitaux, par notre distingué collègue, M. Colin (2), qui a remarqué que la tuberculisation aiguë frappait à la fois un assez grand nombre de militaires, pour que l'on pût attribuer la fréquence insolite de la maladie à une influence épidémique.

Il est de fait que j'ai souvent rencontré dans mes salles, plu-

(1) *Dict. de méd.*, t. XIX, p. 395.

(2) *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, t. V, p. 364.

sieurs cas de granulie à la fois ; et, par contre, que je suis resté parfois plusieurs mois sans en recevoir dans mon service ; mais je n'ai pas été assez à même de comparer, pendant ces moments-là, ce qui se passait chez moi avec ce qui se passait dans les salles de mes collègues, pour juger la question avec tous les documents qu'elle exige. Je serais, cependant, assez porté à admettre, par ce que j'ai vu moi-même, l'influence de la constitution médicale parmi les causes de la granulie ; et il n'y aurait, sous ce rapport, rien de particulier à cette affection ; car la plupart des maladies aiguës, et même quelques maladies chroniques, se montrent assez souvent par groupes dans nos hôpitaux ; nous en traitons plusieurs simultanément ou successivement, pendant un court espace de temps, et nous sommes ensuite un certain temps sans les revoir ; il est infiniment probable, que cette coïncidence de plusieurs cas des mêmes maladies n'est pas uniquement due au hasard, et qu'une influence générale n'y est pas étrangère.

Les saisons de l'année auxquelles la maladie est le plus fréquente, sont appréciées, d'ailleurs, très-différemment par les auteurs ; l'époque de fréquence a varié, suivant les années dans lesquelles ont été recueillies les observations ; ce qui porte à penser que la constitution médicale y joue un certain rôle, à côté de l'action de la température, du degré hygrométrique de l'air, et de la direction des vents, dont l'influence est encore fort obscure.

La forme méningitique de la maladie paraissait plus fréquente à Guersant au printemps que dans les autres saisons ; sur cinquante-cinq cas, empruntés à M. Piet, la maladie a été répartie de la manière suivante sur les douze mois de l'année :

Janvier.	3	Juillet.	10
Février.	3	Août.	4
Mars.	10	Septembre.	0
Avril.	6	Octobre.	5
Mai.	3	Novembre.	4
Juin.	5	Décembre.	2
	30		25

Les vingt-sept cas d'affection granulique qui sont rapportés dans ce travail, se trouvent répartis de la manière suivante, sur les différents mois de l'année :

Janvier.	1	Juillet.	2
Février.	2	Août.	0
Mars.	3	Septembre.	4
Avril.	4	Octobre.	2
Mai.	1	Novembre.	1
Juin.	3	Décembre.	4
	14		13

M. Leudet, cherchant à déterminer jusqu'où la grossesse et l'accouchement peuvent favoriser le développement de la phthisie aiguë, signale deux cas de cette maladie à la suite de l'accouchement. Il est très important, dans l'étude de l'étiologie de l'affection qui nous occupe, de ne pas confondre ensemble, comme l'a fait le savant professeur de Rouen, la tuberculisation aiguë et la granulie ; car, si la grossesse et l'accouchement semblent avoir eu, dans certaines circonstances, une part active à la précipitation de la marche de la phthisie, rien ne prouve qu'il en ait jamais été de même pour la granulie ; sur plus de mille femmes qui sont accouchées à l'hôpital de la Pitié, depuis le 1er janvier 1863, pas une seule n'a été atteinte de granulie, ni pendant la grossesse, ni pendant le temps qu'elles ont passé à l'hôpital après leur délivrance ; mais cinq ont succombé, peu de temps après leur accouchement, à une tuberculisation aiguë, sans mélange de granulie.

Les causes déterminantes, telles que l'impression du froid, l'exposition à une grande chaleur ; les excès de fatigue, les vives émotions, les chagrins profonds, etc., ne me paraissent pas exercer une influence spéciale sur cette affection ; elle se manifeste à l'occasion des causes les plus diverses, et parfois, en apparence, les plus légères.

CHAPITRE XIII

TRAITEMENT DE LA GRANULIE.

Des indications thérapeutiques générales de la granulie. — Elles sont fournies : 1° par la nature même de l'affection; 2° par le siége des déterminations locales; 3° par l'intensité du molimen inflammatoire; 4° par l'état physiologique du sujet; 5° par l'état de simplicité de la maladie ou par son association avec la tuberculisation. — Moyens de remplir les indications. — Soins hygiéniques. — Expectation. — Moyens thérapeutiques. — Émissions sanguines générales, locales. — Révulsifs, purgatifs, vésicatoires, séton. — Indications fournies par la prédominence de quelques symptômes. — Céphalalgie. — Tuberculisation. — Convalescence. — Ses indications. — Traitement des inflammations secondaires.

Le traitement de la granulie n'est point la partie de son étude, qui offre le moins de difficultés ; il convient d'examiner, en premier lieu, quelles sont les indications à remplir, et, en second lieu, par quels moyens on peut y satisfaire. La source des indications thérapeutiques de la maladie est multiple ; elles sont fournies tout à la fois : A, par la nature de l'affection ; B, par le siége des déterminations locales ; C, par l'intensité du molimen inflammatoire ; D, par l'état physiologique du sujet ; E, par l'état de simplicité ou de complication de la maladie.

A. La nature de la granulie tient un rang important dans le traitement de ses différentes formes; il faut, avant tout, ne point perdre de vue que la maladie, à laquelle on a affaire, dépend d'une affection aiguë, dont la durée est limitée; et que les inflammations par lesquelles elle se caractérise, après avoir suivi leur cours pendant un certain temps, sur les dif-

férents points de l'économie où elles se sont développées, s'éteignent peu à peu, pour ne laisser après elles que leurs produits fibro-plastiques. Si bien que, si la granulie n'a pas, pendant son cours, désorganisé assez profondément les organes qui sont immédiatement nécessaires à la vie, de façon à faire soudainement périr les individus qu'elle frappe, elle cesse bientôt d'elle-même, et les malades reviennent à la santé.

Il est donc un premier point qui doit dominer toute la thérapeutique de la granulie : à savoir, que l'affection générale, à laquelle se rattachent les diverses inflammations locales, est essentiellement passagère, et qu'après avoir dominé l'organisme pendant un certain temps, elle s'éteint à la manière de presque toutes les affections aiguës ; et, en conséquence, que sa gravité est tout particulièrement subordonnée au siége de la détermination locale, et au degré d'acuité qu'elle acquiert.

Un des principes sur lesquels doit s'appuyer le médecin, pour le traitement de la granulie, c'est sa curabilité ! La confusion qui a existé, jusqu'à ce jour, dans la description de l'affection qui nous occupe, tantôt prise pour une inflammation tuberculeuse, tantôt méconnue sous un nom étranger, et confondue avec toutes sortes de maladies très-différentes, fait qu'on a proscrit, en bloc, du domaine de la curabilité, ses différentes formes, sans faire judicieusement la part des conditions expresses dans lesquelles les unes guérissent souvent, et les autres ne guérissent presque jamais.

La doctrine de l'incurabilité est, d'ailleurs, désastreuse en thérapeutique : enseigner à de jeunes médecins que cette maladie est fatalement mortelle, c'est leur fermer la voie du progrès, et les encourager à demeurer dans une expectation déplorable, alors qu'il y a souvent des indications fort importantes à remplir, pour sauver le malade.

B. Le siége des déterminations locales est pour beaucoup dans la gravité de la granulie ; il fournira donc des indications particulières, pour le traitement de la maladie. En effet, si l'inflammation granulique, en se portant vers l'encéphale,

concentre, dès le début de l'affection, tout le processus inflammatoire sur les méninges et sur la pulpe nerveuse, et que, par le peu d'activité de la médication, l'inflammation ne soit ni détournée, ni atténuée, la désorganisation de la substance cérébrale sera si rapide et si complète, que la mort en sera prochainement la conséquence ; mais, si l'inflammation granulique, par le seul effet de la nature, ou la thérapeutique aidant, au lieu de se concentrer tout entière du côté de l'encéphale, se dissémine simultanément sur les poumons, sur les plèvres, sur le péritoine, et sur quelques-uns des organes qu'il tapisse, et que le peu de vivacité et d'intensité de chacune des déterminations locales de l'affection ne produisent que des désordres superficiels, sans désorganisation profonde des organes, la vie résistera à la maladie, et la guérison aura lieu.

Les indications d'agir seront donc d'autant plus pressantes que le siége des inflammations leur imprimera plus de gravité, et menacera plus promptement l'existence.

C. L'intensité et la vivacité avec lesquelles l'inflammation granulique se développera, devront nécessairement fournir des indications dont l'importance sera parallèle à celle des indications déduites de leur siége.

Il ne suffit point, comme je crois l'avoir amplement démontré par les faits cliniques et par l'anatomie pathologique, que l'inflammation granulique atteigne l'encéphale, pour y produire tous les effets de la maladie que M. le professeur Trousseau décrit encore aujourd'hui, sous le nom de fièvre cérébrale ; il faut encore que l'inflammation s'étende au delà des méninges, qu'elle gagne les parties profondes du cerveau, et qu'elle sévisse sur ces organes, avec une certaine puissance désorganisatrice. Si l'inflammation est peu vive, et si elle reste superficielle, elle s'éteindra au bout d'un certain temps, en laissant seulement, comme preuve irrécusable de son passage, des productions fibro-plastiques plus ou moins nombreuses. Ce sera donc doublement, et par son siége encéphalique, et par son intensité, que l'inflammation granulique sera promptement funeste ; et, puisque nous savons actuellement qu'elle peut

parcourir les méninges et la superficie du cerveau, sans y produire nécessairement des désordres mortels ; et que l'inflammation est beaucoup plus grave par son intensité, que par sa spécificité, quand elle occupe le cerveau, les indications seront principalement, si l'on ne peut la détourner de la tête, d'en amoindrir au moins l'intensité, par tous les moyens, afin de prévenir les désordres profonds qui pourraient en être la conséquence, et qui, une fois produits, ne pardonneraient plus.

Les indications seront beaucoup moins pressantes, si l'inflammation granulique occupe les organes thoraciques ; il est fort rare, en effet, que, par son intensité, elle menace aussi directement la vie, lorsqu'elle concentre ses effets sur les plèvres et sur les poumons, que lorsqu'elle siége sur l'encéphale. Déjà, à propos de la symptomatologie, j'ai fait remarquer que la phthisie galopante à forme typhoïde, déterminait la mort bien moins à cause du trouble apporté dans les fonctions respiratoires, par la vivacité de la phlegmasie, que par les effets de celle-ci sur le cerveau.

Quant à la forme asphyxique de la phthisie galopante, j'ai fait voir qu'elle n'appartenait pas à la granulie simple, mais bien à la granulie compliquée de tuberculisation aiguë ; de sorte que, dans cette condition particulière, ce n'est pas encore l'intensité de l'inflammation qui est le plus à redouter, mais bien la tuberculisation rapide des produits granuleux, d'où résulte une multitude de tubercules miliaires, qui encombrent le parenchyme pulmonaire, et qui obstruent, par leur présence, les voies intimes de la respiration.

D. Parmi les indications thérapeutiques, il ne faudra négliger aucune de celles qui sont déduites de l'état physiologique du sujet ; l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament, l'état des forces, devront être pris en très-sérieuse considération, pour le choix des moyens à opposer à la maladie, et pour la mesure dans laquelle il conviendra de les employer.

Le praticien sait, de reste, qu'il ne s'agit pas de traiter la maladie dans son sens abstrait, mais qu'il s'agit bien expressément de traiter des malades : « *nec pneumoniam generatim*,

nec hydropem curamus, sed pneumoniam SEMPRONII *aut* TULLIÆ, *sexu, ætate victûs genere, aut temperamento differentium* (1). »

E. L'état de simplicité ou de complication de la granulie sera encore la source d'indications importantes; car si la granulie guérit assez souvent, lorsqu'elle est simple, il n'en est pas de même quand elle est compliquée de tuberculisation; dans ce cas, la diathèse tuberculeuse s'approprie les produits de nouvelle formation, et les convertit, plus ou moins rapidement, en tubercules miliaires. Les indications sont alors, d'une part, de modérer l'intensité des inflammations granuliques; de prévenir, autant que possible, la production des granulations; et, d'autre part, d'éviter les médications trop dépressives, qui auraient pour effet de favoriser le développement des manifestations tuberculeuses, et de hâter leur évolution.

Si, comme le pense M. Luys (2), la tuberculisation des granulations n'était due qu'à un défaut d'aptitude à s'organiser de leur partie centrale, cette aptitude à la vie ne saurait être puisée ailleurs que dans l'organisme qui les porte, d'où dériverait cette indication capitale, d'agir sur l'organisme, pendant la convalescence, par une médication stimulante et névrosthénique, capable d'exciter les propriétés vitales de toutes les productions organiques.

Nous ne connaissons jusqu'ici aucun médicament, capable d'exercer un effet spécifique sur la granulie ; la maladie, une fois développée, suit inévitablement son cours, à la manière de l'érysipèle, du rhumatisme, et de tant d'autres affections spécifiques, que nous n'avons aucun moyen d'arrêter sur place ; pour diriger cette maladie, le médecin est réduit à une thérapeutique toute rationnelle, dont les indications principales peuvent se résumer : 1° à entretenir les forces et à prolonger l'existence assez pour que la cause intérieure qui anime et provoque les inflammations, ait le temps de s'épuiser avant le

(1) Sprengel, *Pathol. gén.*

(2) *Loc. citat.*

malade; 2° à diminuer l'intensité de l'inflammation, si elle est trop vive; 3° à la détourner des organes où sa présence menace immédiatement la vie; 4° enfin, à empêcher les produits granuleux, qui ont été engendrés par l'inflammation, d'être envahis ultérieurement par la tuberculisation, et d'en favoriser la résorption ou l'organisation cellulaire.

Les moyens de remplir ces diverses indications se puiseront dans l'hygiène et dans la matière médicale; les médications antiphlogistique, révulsive et reconstituante fourniront chacune, aux divers moments de la maladie, des ressources importantes.

Lorsque la granulie se présente, dans sa forme la plus bénigne, sous l'apparence d'une fièvre continue légère, et que l'inflammation ne prédomine encore vers aucune des trois cavités, la médication ne devra pas être plus active, que s'il s'agissait d'une fièvre typhoïde bénigne. Les soins hygiéniques constituent alors, à eux seuls, presque tout le traitement. Placer les malades dans les conditions les meilleures pour que les inflammations disséminées prennent peu de vivacité, et surveiller soigneusement les organes, où elles paraîtraient prendre un peu plus d'acuité, voilà toute la conduite à tenir.

Garder les malades au lit, dans une température modérée; éloigner d'eux toutes les causes d'émotion et d'agitation; ordonner le calme autour d'eux; leur donner des boissons légèrement délayantes; tenir le ventre libre, et permettre une alimentation légère; tels seront les soins hygiéniques à prendre, et auxquels on devra se restreindre, si, pendant le cours de la maladie, il ne surgit aucune autre indication, relative à la vivacité de l'inflammation ou à son siége vers le cerveau.

Malheureusement, la maladie n'est pas toujours bénigne, et alors même qu'elle s'est annoncée, dès le début, avec des caractères peu inquiétants, elle peut offrir une extrême gravité, au bout de quelques jours, en se portant violemment vers l'encéphale; il faut donc surveiller, avec le plus grand soin, les fonctions cérébrales, et se tenir prêt, au premier appel, à combattre énergiquement l'inflammation qui s'y développe.

Il faut bien savoir, que l'opportunité joue le rôle principal dans le succès des médications, dirigées contre l'inflammation granulique du cerveau; si l'on attend, pour agir avec énergie, que la désorganisation cérébrale se soit déjà produite, on échouera toujours, quelle que soit la vigueur avec laquelle on dirigera la médication; il faut, pour réussir, que le cerveau ne soit pas encore ramolli, et c'est pour prévenir ce ramollissement que, dès l'apparition des premiers signes de l'inflammation encéphalique, on doit employer, pour la combattre, les moyens les plus puissants. Je ne saurais approuver le précepte de faire usage, en premier lieu, des moyens de médiocre importance, afin de se réserver les plus actifs pour lutter contre les périodes ultimes de la maladie. Dès que le diagnostic est positif, rien ne sert d'attendre que l'imminence du danger soit révélée par des symptômes nombreux. Le danger est dans l'avenir même de la lésion, et c'est pour la prévenir, qu'il faut savoir tout oser, car une fois produite, elle est sans remède, et un cerveau ramolli ne se réorganise plus.

La médication antiphlogistique peut rendre les plus grands services, à la condition d'être appliquée au moment opportun, et dans une mesure suffisante. Il n'y a pas de moyens plus actifs que les émissions sanguines, pour diminuer l'intensité de l'inflammation granulique, et pour amoindrir l'orgasme inflammatoire qui l'accompagne; et, à moins de contre-indications, tirées de la mauvaise constitution du sujet, de son tempérament éminemment lymphatique, de ses maladies antérieures, de son état d'épuisement, ou de complication tuberculeuse, on devra employer les émissions sanguines avec énergie, dès le début des manifestations cérébrales.

La mesure dans laquelle il conviendra d'y avoir recours sera subordonnée, d'ailleurs, non-seulement à l'intensité de l'inflammation, à son siége et à la période où elle est parvenue, mais aussi à l'âge et à toutes les conditions individuelles du malade.

Les enfants supportent souvent les pertes de sang, moins bien que les adolescents et les adultes; cependant, ce n'est

pas une raison pour les proscrire chez eux d'une façon absolue; car il ne faut pas perdre de vue l'étendue du danger qui menace leur existence, et il faut se bien pénétrer de l'idée, que si l'inflammation granulique se propage des méninges aux parties profondes du cerveau, en y conservant un certain degré d'acuité, elle donnera lieu à un ramollissement de la pulpe nerveuse, qui amènera infailliblement la mort.

Les individus fortement constitués, qui sont pris de la maladie, en état de parfaite santé, et chez lesquels, jusqu'alors, il ne s'était montré aucun symptôme qui pût faire penser qu'ils portassent en eux une diathèse tuberculeuse, présentent les conditions individuelles les plus propres au succès des émissions sanguines, pratiquées largement, dès l'invasion de l'inflammation cérébrale.

Les saignées générales peuvent être pratiquées presque indifféremment, pour l'effet que l'on veut obtenir, soit au bras, soit au pied, soit aux veines jugulaires; cependant, la saignée du bras me paraît préférable aux deux autres, par la facilité du manuel opératoire, et par la rapidité avec laquelle, elle permet de tirer, en quelques instants, tout le sang que l'on juge nécessaire.

Les saignées locales, par les sangsues ou les ventouses scarifiées, sont souvent préférées aux saignées générales, dans le double but d'agir plus particulièrement sur le réseau capillaire au voisinage duquel on les pratique, et de déterminer parfois une certaine révulsion, lorsqu'on les applique à une région éloignée de celle qui est occupée par le mal.

Les sangsues sont surtout utiles pour obtenir un écoulement de sang continu et prolongé; c'est ainsi qu'en les appliquant deux par deux, au niveau des apophyses mastoïdes, il est possible d'entretenir la saignée aussi longtemps qu'on le désire; pour lutter contre l'inflammation cérébrale, je préfère appliquer les sangsues, comme je viens de le dire, aux apophyses mastoïdes, que de les faire mettre à l'anus; les avantages réels d'agir plus directement sur la circulation encéphalique, me paraissent préférables à ceux d'une révulsion douteuse exercée vers l'anus.

Les ventouses scarrifiées sont principalement indiquées dans la forme pleurétique de la maladie, car, dans ce cas, leur action, doublement déplétive et révulsive, n'est pas contestable.

L'indication des émissions sanguines, pratiquées largement, et à plusieurs reprises, se présente surtout dans la forme cérébrale de la granulie ; elle est beaucoup moins pressante dans les autres formes de l'affection, bien que cependant, les saignées y puissent rendre aussi quelques services, quand l'inflammation s'y présente avec une certaine vivacité.

L'état typhoïde qui s'observe assez souvent dans les cas où l'inflammation granulique est le plus généralisée dans l'économie, n'est pas toujours une contre-indication aux saignées. Lorsque l'adynamie est causée par l'intensité des inflammations locales, et tout particulièrement par celle des organes encéphaliques, qui passe si souvent méconnue dans cette forme de l'affection, elle réclame aussi bien les saignées générales et locales, que la forme expressément cérébrale. Il faut apporter seulement un peu plus de circonspection dans leur usage, et ne les répéter que si l'effet qu'elles produisent, sur l'état des forces, est satisfaisant. Bien entendu, dans le cas où l'adynamie a plutôt sa raison dans l'épuisement des forces radicales de l'organisme, que dans la prostration des forces en activité, comme il arrive souvent chez les individus affaiblis par des maladies antérieures, par la misère, ou par les effets de la scrofule ou de la tuberculisation, il faut s'abstenir des émissions sanguines, comme de toute médication trop dépressive.

La médication révulsive rend aussi de grands services, contre les différentes formes de l'affection granulique; elle peut être associée à la médication antiphlogistique, dès le début de la maladie, et peut offrir des ressources précieuses, alors que l'état des forces du malade, ne permet plus d'avoir recours aux émissions sanguines.

Pour obtenir de la révulsion tout ce qu'on peut en attendre, il est bien important, de ne pas en amoindrir l'action, en la disséminant dans l'organisme. On se figure souvent qu'en en

multipliant le siége, qu'en frappant à la fois sur plusieurs appareils, en excitant simultanément la muqueuse digestive et le tégument externe, en un mot, qu'en multipliant les points d'attaque, on produit plus d'effet. C'est une erreur ; il ne faut pas oublier le principe fondamental de la médication révulsive, que : de deux actions pathologiques qui s'accomplissent, en même temps, dans l'organisme sur deux points opposés, la plus forte éclipse l'autre.

La révulsion peut être avantageusement dirigée sur le tube digestif et sur le tégument externe contre la granulie ; mais il convient de n'agir, sur l'un et sur l'autre, que successivement, et d'éviter de les frapper tous deux à la fois; car si, pendant que l'on sollicite la fluxion du côté du tube digestif, on détourne aussitôt le mouvement fluxionnaire pour l'attirer vers la peau, on neutralise ainsi les deux actions l'une par l'autre, et on en amoindrit l'effet.

On croit mieux faire en tirant à la fois de tous les côtés, sans s'apercevoir, faute d'y réfléchir, que la résultante de toutes ces tractions, en sens opposé, devient presque nulle, et qu'on épuise ainsi le malade en pure perte.

La révulsion peut être pratiquée sur le tube digestif, à toutes les périodes de la maladie ; mais elle a d'autant plus de chance de succès, qu'elle est instituée à un moment où l'inflammation granulique est encore assez superficielle, pour être détournée ou atténuée. Quand on emploie les purgatifs, à une période déjà avancée de l'affection, et lorsque les parties centrales du cerveau sont déjà ramollies par l'inflammation, on n'a plus rien de bon à en attendre.

S'il est mauvais de disséminer la révulsion sur différents appareils à la fois, cela ne veut point dire qu'il ne soit souvent utile d'accumuler, sur le même point, l'action de plusieurs médicaments, doués de propriétés analogues, et qui concourent vers le même but ; l'association de plusieurs purgatifs est une très-bonne chose, et l'on obtient souvent, par leur mélange, une action plus vive et plus prolongée, que si l'on n'avait eu recours qu'à un seul. Je ne suis point d'avis, comme quelques médecins le prescrivent, de commencer la

révulsion par les moyens les plus faibles, afin de se réserver les plus forts, pour une période de la maladie, qui ne laisse plus aucune chance de guérison.

Dès que l'inflammation existe au cerveau, rien ne sert d'attendre, pour agir avec énergie sur le tube digestif, de l'avoir lentement préparé à la révulsion par une action purgative progressive; en le touchant d'abord par des laxatifs légers, administrés à petites doses, on appelle une tolérance qui diminue l'effet que l'on cherche à produire en frappant plus tard les grands coups; mieux vaut avoir recours de suite aux moyens les plus puissants, et essayer de déterminer, à l'aide des purgatifs drastiques, une fluxion intestinale assez intense, pour détourner et atténuer celle de l'encéphale; quand l'inflammation granulique prédomine du côté de la plèvre, l'imminence du danger étant incomparablement moindre, on a tout le temps d'agir, et on peut alors diriger sur le tube digestif des dérivatifs légers; mais contre la forme cérébrale de l'affection, dans laquelle chaque heure de retard enlève une chance de succès, il faut se hâter de déployer ses moyens les plus actifs.

Dans la forme abdominale de la granulie, on devra, par contre, diriger la révulsion intestinale avec une grande prudence, et se méfier d'exagérer la fluxion qui existe déjà de ce côté; l'action substitutive des purgatifs est au moins discutable dans cette circonstance, et la diarrhée, qui accompagne souvent la péritonite granulique, est une sérieuse contre-indication de l'usage des purgatifs drastiques. Mieux vaut, incontestablement, dans ce cas, avoir recours à la révulsion cutanée qu'à la révulsion intestinale.

On a beaucoup vanté, contre la méningite granuleuse, le calomel à doses fractionnées, dans le double but, sans doute, de déterminer du même coup, un effet antiphlogistique et un effet révulsif; mais l'action purgative du calomel est parfois si légère, qu'il est prudent de lui associer le jalap ou la scammonée, pour être sûr d'obtenir un résultat suffisant. Tous les purgatifs, du reste, peuvent être administrés dans cette maladie, et le choix à en faire sera surtout subordonné à l'intensité de l'effet qu'on désire obtenir.

Lorsque les vomissements s'opposent à l'administration des purgatifs par l'estomac, ou que, pour d'autres raisons, ils restent sans effet, il faut agir sur le gros intestin par des lavements purgatifs répétés.

La révulsion cutanée peut être aussi très-utile si on sait l'appliquer en temps opportun, et de manière à ne pas amoindrir l'action des dérivatifs intestinaux.

Dès que l'on a jugé convenable d'agir sur la peau, on doit choisir immédiatement des révulsifs assez actifs, pour déterminer rapidement un effet sérieux. Contre une maladie aussi grave que l'est la granulie, il ne faut pas perdre son temps avec des révulsifs légers, capables seulement d'exciter momentanément la peau ; je ne partage pas l'opinion de Guersant (1), qu'il faille commencer par les moins irritants, et réserver les plus énergiques pour une période plus avancée ; les cataplasmes chauds, vinaigrés ou sinapisés me paraissent tout à fait insuffisants, pour l'effet qu'on veut produire, et je suis d'avis de recourir de suite aux larges vésicatoires volants.

Quelques médecins conseillent de les appliquer loin du siége de l'inflammation, c'est-à-dire, à la face interne des cuisses ou sur la peau des mollets ; j'avoue que je ne vois aucun avantage à cette méthode, et je préfère beaucoup les placer sur la peau voisine de la région envahie par l'inflammation. Ainsi dans la forme thoracique, c'est sur la peau même qui recouvre le thorax, que je fais placer de larges vésicatoires volants ; lorsque la maladie prédomine du côté de l'abdomen, et que l'inflammation est surtout péritonéale, c'est sur la peau du ventre qu'il convient le mieux d'agir ; enfin, contre la forme cérébrale de la maladie, la plus grave de toutes, il ne faut pas hésiter à raser les cheveux, et à appliquer sur la peau du crâne une large calotte vésicante, dont l'effet est incontestablement plus prompt et plus efficace que si le vésicatoire était mis partout ailleurs.

Guersant dit avoir eu à se louer des frictions avec la pom-

(1) *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XIX, p. 432.

made fortement stibiée, faites sur tout le cuir chevelu, surtout dans les cas où elles avaient déterminé des groupes de pustules confluentes, et, par suite, des escharres et des ulcérations circulaires profondes, coupées à pic. Il conseille aussi le séton : « J'ai eu beaucoup à me louer du séton à la nuque (1), « écrit l'éminent praticien, dans des méningites, soupçon- « nées tuberculeuses, mais plus particulièrement dans des « méningites simples qui avaient résisté à tous les autres « moyens. »

L'huile de croton Tiglium en frictions sur la peau, est aussi un puissant révulsif qu'il est bon quelquefois d'employer.

Des indications particulières peuvent être fournies par la prédominence de quelques symptômes; c'est ainsi que la violence de la céphalalgie, la fréquence des vomissements, la répétition des convulsions peuvent nécessiter l'usage de quelques médications spéciales.

La céphalalgie est un des symptômes qui causent parfois le plus de tourment aux malades; elle peut être tellement intense qu'elle leur arrache des cris; et, malgré l'opinion contraire de M. Trousseau, je crois avec Dance, et avec bien d'autres, que les cris hydrencéphaliques de Coindet ont leur cause, le plus souvent, dans l'acuité de la douleur qu'éprouvent ceux qui sont atteints de granulie cérébrale : ce symptôme est donc de ceux qu'il est souvent utile d'amender, et vis-à-vis duquel le médecin ne saurait demeurer complétement inactif. Les compresses fraîches sur le front, les applications de glace, les irrigations, les compresses imbibées d'une solution plus ou moins chargée de cyanure de potassium, le musc, sont autant de moyens qui habilement maniés peuvent être fort utiles.

Un grand nombre de malades se trouvent soulagés de leur mal de tête, par l'application de quelques compresses fraîches sur le front; si l'on imbibe ces compresses d'eau, à la température de la chambre où est couché le malade, et qu'avant de les appliquer on les comprime assez, pour qu'elles ne laissent

(1) Guersant, *loc. citat.*

pas écouler d'eau autour d'elles, elles peuvent être essayées non-seulement sans le moindre inconvénient, mais avec le double avantage de diminuer parfois la vivacité de la douleur, et de contenter le malade ; dans le cas où elles ne produiraient aucun bon effet, on peut en suspendre brusquement l'usage sans qu'il y ait rien à redouter. Il n'en est pas de même des applications glacées. Lorsqu'on se sert de vessies remplies de glace pilée ou de compresses imbibées d'eau glacée, on ne peut pas supprimer brusquement leur usage, sans avoir à craindre une réaction dangereuse ; aussi lorsqu'on commence cette médication, il faut être décidé à la continuer pendant plusieurs jours de suite ; l'application de la glace est parfois extrêmement douloureuse, et quelques malades n'ont pas assez de courage pour la supporter ; c'est un moyen sédatif qui est dirigé plus encore contre l'inflammation encéphalique que contre la céphalalgie ; mais comme la douleur a sa raison dans l'inflammation meningo-cérébrale, en atténuant celle-ci, on diminue celle-là. Les irrigations d'eau fraîche sur la tête ont été recommandées par Guersant, comme un bon moyen de combattre la méningite et la douleur qu'elle produit ; il conseille, pour les rendre plus efficaces, de raser la tête, ou tout au moins de couper les cheveux très-courts, afin qu'ils ne s'opposent pas à l'action immédiate de l'eau, puis de commencer avec de l'eau à peine froide, dont peu à peu on diminue la température. Il est très-important, pour pratiquer ces irrigations, ainsi que le prescrit l'illustre médecin de l'hôpital des enfants, de recouvrir exactement la poitrine du malade avec une pèlerine de taffetas gommé, repliée en gouttière en arrière, afin que l'eau, après avoir arrosé le sommet de la tête, puisse s'écouler au dehors, sans mouiller le malade.

Je me suis très-bien trouvé, pour calmer le mal de tête, de l'usage des compresses imbibées d'une solution de cyanure de potassium ; ce moyen, préconisé par Guersant, n'a aucun inconvénient, et peut être essayé aussi avantageusement chez les adultes que chez les enfants.

Parmi les médicaments qui s'adressent le plus directement

au système nerveux, et qui peuvent abaisser le niveau de son excitabilité, le musc tient le premier rang, et peut être d'un grand secours.

Chez quelques malades, l'invasion de la granulie se signale par une impressionabilité des sens toute particulière, et par un mal de tête accompagné d'une grande anxiété ; les malades ne peuvent rester en place, ils remuent sans cesse ; ils ont ce qu'ils appellent des inquiétudes dans les membres; ils se sentent émus, attendris ou irrités sans motif. L'excitabilité nerveuse est portée chez eux à un degré tel, que l'occasion la plus légère déterminerait instantanément les hallucinations, le délire ou les convulsions. C'est contre cette surexcitabilité toute pathologique du système nerveux, que le musc réussit très-bien. Il n'est pas nécessaire, dans ce cas, de le donner à dose élevée ; cinq, dix, vingt centigrammes au plus, sont des doses très-suffisantes pour que le médicament agisse avec succès s'il trouve son opportunité. Le musc agit contre le trouble fonctionnel ; il régularise la fonction ébranlée, mais il ne peut rien, absolument rien, contre les lésions inflammatoires; et, conséquemment, contre les symptômes qui s'y rattachent étroitement dans le rapport de cause à effet. On se ferait donc une grande illusion, en espérant obtenir avec ce précieux médicament, la sédation de symptômes qui seraient directement en rapport avec le siége et le degré de l'inflammation encéphalique, comme le sont à une période plus avancée de la maladie, la céphalalgie, l'hypéresthésie, la contracture et la paralysie.

Le musc peut être administré sous différentes formes ; il se donne si l'on veut en pilules de cinq centigrammes, dont on porte le nombre de une à quatre dans la journée ; on peut, si l'on préfère, le mettre dans une potion gommeuse, ou bien encore le faire prendre au malade en lavement, délayé dans un jaune d'œuf.

Les préparations opiacées trouvent rarement leur indication dans la forme cérébrale de la granulie, d'une part, à cause de la constipation qui existe si souvent dans cette forme de la maladie, et qui y est si difficile à vaincre ; et, d'autre part, à

cause de la congestion encéphalique qui pourrait être favorisée par l'opium. Elles rendent plutôt quelques services, dans la forme abdominale de l'affection, lorsqu'en même temps qu'il y a péritonite, il y a aussi de la diarrhée; on peut alors associer quelques préparations opiacées au sous-nitrate de bismuth, que l'on administre à la dose de plusieurs grammes par jour.

Les vomissements prennent quelquefois une telle fréquence, dans l'affection granulique, qu'ils fatiguent beaucoup les malades, et qu'ils exigent une intervention active. Il est très-important avant de faire une prescription, de distinguer si le vomissement dépend de l'état de l'encéphale ou de celui du péritoine. Le vomissement céphalique s'accompagne de mal de tête, de tendance aux vertiges, de constipation et d'aplatissement du ventre; le vomissement péritonéal coïncide toujours avec une sensibilité du ventre plus ou moins vive, avec du météorisme, du ballonnement, et assez souvent de la diarrhée.

Quand le vomissement est causé par l'intensité de l'inflammation céphalique, c'est surtout contre cette inflammation qu'il convient d'agir; après les émissions sanguines locales ou générales, l'indication la plus pressante est d'administrer des purgatifs énergiques, afin d'établir une révulsion active du côté de l'intestin ; souvent, dès les premières garde-robes, on voit cesser des vomissements qui, jusqu'alors, avaient résisté à tous les autres moyens. Quand les malades ont une soif vive, et que les vomissements sont incoercibles, il faut essayer des boissons très-froides prises par très-petites gorgées, et maintenues quelques instants dans la bouche avant de les avaler ; on peut essayer aussi de la glace pilée ou en petits fragments que le malade avale avant qu'ils ne soient complétement fondus. Quand les vomissements tiennent à l'inflammation granulique du péritoine, c'est plutôt en agissant sur la peau du ventre qu'on les fait cesser; le meilleur remède, dans ce cas, est l'application d'un large vésicatoire volant entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic; et, s'il survient de la diarrhée au bout de quelques jours, c'est alors qu'on se trouvera

très-bien de l'usage du sous-nitrate de bismuth, associé à un peu d'opium.

Parmi les symptômes qui jettent le plus d'effroi autour du malade, lors de l'invasion de la granulie ou pendant son évolution, il faut considérer les convulsions. Il est de la plus haute importance de savoir quelle est la conduite à tenir en présence de tels accidents, et par quels moyens il est le plus opportun de les conjurer.

Les indications thérapeutiques sont entièrement subordonnées à la nature des convulsions, et aux conditions pathologiques spéciales dans lesquelles elles surviennent. Selon que les convulsions sont *initiales*, qu'elles apparaissent dans une période avancée de la maladie, ou qu'elles ont une relation directe avec l'inflammation de la substance cérébrale, leur signification est toute différente, et le traitement qu'elles réclament n'est pas le même.

En effet, au début de la granulie, comme au début de la variole, de la rougeole et de tant d'autres maladies générales, il peut survenir des attaques d'éclampsie, qui n'ont aucun rapport avec le siége particulier des déterminations locales, et qui sont occasionnées par l'ébranlement soudain de l'organisation par la maladie; les convulsions, dans ce cas, conservent leur essentialité, et ne doivent pas être confondues avec celles qui seraient bien expressément symptomatiques de l'inflammation cérébrale; on doit les considérer comme une névrose accidentelle, avec laquelle la granulie n'a d'autre rapport de causalité, que celui d'une condition déterminante.

Les convulsions de cette nature ont, en général, peu de gravité, et cèdent le plus ordinairement assez rapidement à quelques soins hygiéniques et à quelques médications antispasmodiques; il faut donc bien se garder d'entreprendre une médication active, qui, sans aucune utilité contre les convulsions éclamptiques, pourrait nuire considérablement à la marche de la maladie qui en est l'occasion ; on doit réserver pour d'autres indications, les antiphlogistiques, les saignées, les affusions froides, la glace sur la tête et les moyens doulou-

reux, tels que l'eau bouillante sur les membres, les vésicatoires, etc., etc....

Les seules indications à remplir, sont de placer le malade dans de bonnes conditions hygiéniques ; de lui donner de l'air, et de rafraîchir la température de sa chambre si elle est trop élevée ; de le débarrasser de tout vêtement qui pourrait tant soit peu gêner sa circulation, ou entraver ses mouvements; de le maintenir doucement en dirigeant ses actions de façon à ce qu'il ne se blesse aucunement ; et, sitôt après l'attaque, dans le but d'en prévenir le retour, de faire usage de quelques légers antispasmodiques, tels que l'eau distillée de fleurs d'orangers, l'eau de laurier cerise, les préparations de valériane, le musc, etc.

Il n'en est plus ainsi, lorsqu'au lieu d'être accidentelles, les convulsions sont symptomatiques de l'inflammation du système nerveux, et qu'elles occupent les muscles directement en rapport avec le siége des lésions cérébrales ; elles surviennent, dans ce cas, non plus au moment même du début de l'affection, mais lorsque l'inflammation envahit la substance nerveuse et avant qu'elle ne l'ait désorganisée ; ces convulsions-ci sont presque toujours localisées sur certains muscles; elles sont beaucoup plus souvent toniques que cloniques ; elles consistent dans un peu de rigidité musculaire, ou dans une véritable contracture ; elles se traduisent, tantôt par de la diplopie et par du strabisme, tantôt par de la roideur dans le col ou dans la mâchoire, tantôt encore par de la contracture dans les membres; le symptôme convulsif n'a plus, dans cette circonstance, la mobilité et la fugacité d'une névrose accidentelle ; il est sous la dépendance immédiate de l'inflammation cérébrale, il marche de pair avec les autres symptômes de l'inflammation, et sa gravité est extrême, en ce qu'il marque la nature du désordre qui s'accomplit dans le système nerveux, et qu'il est avant-coureur de la paralysie, qui témoignera un peu plus tard de la désorganisation de la substance nerveuse.

L'indication thérapeutique à remplir contre le spasme est ici totalement nulle ; c'est contre la lésion qu'il faut agir, et

les antispasmodiques ne sauraient avoir aucune action contre elle; il faut, si faire se peut, arrêter l'inflammation dans sa marche, la détourner de son cours, l'amoindrir dans ses effets et, pour cela, diriger toutes les batteries dans le sens antiphlogistique et révulsif dont il a été question plus haut.

Lorsque les convulsions, prenant de nouveau la forme éclamptique, apparaissent à la dernière période de la maladie, elles annoncent une fin prochaine et résistent à tous les modificateurs; les attaques se répètent, et se rapprochent de plus en plus jusqu'à la mort qui devient alors inévitable, et que rien ne saurait plus tromper.

Quand la granulie est assez modérée pour ne pas menacer immédiatement la vie par la prédominance de quelques symptômes formidables, et qu'elle se termine d'une manière heureuse, j'ai dit qu'il y avait encore à craindre, pendant la convalescence, de voir la tuberculisation envahir les granulations fibro-plastiques, si le sujet qui les porte est sous l'influence d'une diathèse tuberculeuse. C'est pour prévenir la tuberculisation de ces produits de nouvelle formation, si aptes à se tuberculiser, qu'il convient de favoriser autant que possible leur résorption ou leur organisation définitive en tissu cellulaire. L'iodure de potassium a été fortement recommandé, non-seulement pour aider la résolution de l'inflammation génératrice des granulations, mais encore pour faciliter en même temps leur résorption; on peut administrer l'iodure de potassium pendant l'acuité de la maladie, sans aucun inconvénient; on a conseillé de le faire prendre aux malades à très-hautes doses, ce qui me paraît inutile; la rapidité avec laquelle ce médicament est absorbé et est éliminé par les urines, montre combien il est nécessaire, pour que son action soit également continue pendant un certain temps, d'en répéter l'administration à des intervalles rapprochés; il vaut donc mieux, pour saturer l'économie, en donner de petites doses à la fois et les répéter souvent, que d'en faire prendre à de longs intervalles une grande quantité, qui serait expulsée par les urines presque immédiatement sans aucun profit.

Je ne trouve aucun avantage à administrer l'iodure de potassium au delà de cinquante à soixante centigrammes par jour : ce qu'il m'importe le plus, c'est d'en fractionner les doses et de les répéter souvent; je suis d'avis d'en continuer très-longtemps l'usage, c'est-à-dire pendant plusieurs mois après la convalescence, et alors même que la santé est devenue parfaite; aux doses que je viens d'indiquer on n'a absolument aucun accident à redouter de ce médicament, et il ne saurait justifier les reproches dont on l'a trop précipitamment chargé.

L'imminence du danger, qui s'éloigne à mesure que la convalescence s'établit, ne doit rien faire négliger de ce qui pourrait prévenir une tuberculisation prochaine; les individus qui sont frappés de granulie sont fréquemment, on ne saurait trop le redire, des individus issus de parents tuberculeux et fort disposés à le devenir eux-mêmes; il convient donc de les traiter comme tels, non-seulement pendant leur convalescence, mais encore au delà.

Il sera bon d'écarter soigneusement de leur vie toutes les conditions dépressives; et, par contre, de chercher, par tous les moyens, à exciter chez eux les fonctions nutritives, et à fortifier leur organisation. L'huile de foie de morue, l'exercice au grand air, la gymnastique, les médications thermales, les eaux bonnes, l'hydrothérapie, etc., seront souvent, pour parvenir à ce but, des auxiliaires utiles et bons à se ménager.

Avant de terminer ce chapitre, j'ajouterai un dernier mot sur le traitement des inflammations secondaires dont j'ai parlé précédemment (1). Le tissu cellulaire de nouvelle formation, qui s'est organisé entre différentes parties des membranes séreuses, est très-susceptible d'inflammation, et lorsque son inflammation a lieu, elle produit facilement une grande quantité de sérosité purulente qui se trouve enkystée plus ou moins exactement au milieu des adhérences.

Ces inflammations, qui occupent tantôt les plèvres, tantôt le péritoine, tantôt probablement aussi les méninges, se compor-

(1) Voy. chap. X, p. 273 et suiv.

tent à la manière des inflammations toutes locales; elles ne sont plus subordonnées à un état morbide général, comme l'étaient les inflammations granuliques qui les ont précédées.

Je suis d'avis, lorsque ces inflammations secondaires se développent, de les attaquer vivement, soit par les saignées locales, si les forces du malade le permettent, soit par les révulsifs cutanés les plus énergiques.

Une ou deux applications de sangsues font souvent très-bien dans cette circonstance, et préviennent la suppuration. Quand celle-ci a eu lieu, et qu'elle est exactement enkystée au milieu d'adhérences, on peut espérer encore la guérison, soit par la ponction simple, avec le trois-quarts, soit par le drainage, soit par les injections iodées.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER.

IDÉE GÉNÉRALE DE LA GRANULIE.

CHAPITRE II.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES GÉNÉRALES DE LA GRANULIE.

CHAPITRE III.

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA GRANULIE, CONSIDÉRÉE EN PARTICULIER SUR LES DIFFÉRENTS TISSUS DE L'ÉCONOMIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INFLAMMATION GRANULIQUE SUR LES MEMBRANES SÉREUSES.

CHAPITRE VI.

AFFECTION GRANULIQUE A FORME CÉRÉBRALE.

CHAPITRE VII.

AFFECTION GRANULIQUE A FORME THORACIQUE.

CHAPITRE X.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON DE L'AFFECTION GRANULIQUE.

CHAPITRE XI.

DU DIAGNOSTIC DE L'AFFECTION GRANULIQUE.

CHAPITRE XII.

DE LA NATURE ET DE L'ÉTIOLOGIE DE LA GRANULIE.

CHAPITRE XIII.

TRAITEMENT DE LA GRANULIE.

NOUVELLES PUBLICATIONS

A la librairie de P. ASSELIN, place de l'École-de-Médecine

A PARIS

(**Juin 1865.**)

DICTIONNAIRE

ENCYCLOPÉDIQUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM. LES DOCTEURS

RAIGE-DELORME ET A. DECHAMBRE

PAR MM. LES DOCTEURS

AXENFELD, BAILLARGER, BAILLON, BALL, BARTH, BAZIN, BEAU, BEAUGRAND, BÉCLARD, BÉHIER, BERTILLON, BESNIER, BLACHE, BOINET, BOUCHACOURT, BOUISSON, BOULEY (H.), BOUVIER, BROCA, BROCHIN, BROWN-SÉQUARD, BUCHEZ, CALMEIL, CAMPANA, CERISE, CHARCOT, CHASSAIGNAC, CHAUVEAU, CHÉREAU, CORNIL, COULIER, COURTY, DALLY, DAREMBERG, DAVAINE, DEBOUT, DECHAMBRE (A.), DELIOUX, DELPECH, DENONVILLIERS, DEPAUL, DIDAY, DOLBEAU, DUPLAY (S.), DUTROULAU, FALRET (J.), FOLLIN, FONSSAGRIVES, FRITZ, GALTIER BOISSIÈRE, GAVARRET, GIRAUD TEULON, GODELIER, GRANDEAU (L.), GRATIOLET, GRISOLLE, GUBLER, GUÉRARD, GUYON (F.), HECHT, HOLLARD, ISAMBERT, JACQUEMIER, LABBÉ (LÉON), LABOULBÈNE, LAGNEAU (GUSTAVE), LANCEREAUX, LAVERAN, LE FORT (LÉON), LEGOUEST, LE ROY DE MÉRICOURT, LÉVY (MICHEL), LIÉGEOIS, LINAS, LITTRÉ, LUTZ, MAGITOT (E.), MALAGUTI, MALGAIGNE, MAREY, MARTINS, MILLARD, MOREL (B.-A.), OLLIER, ORFILA (L.), PAJOT, PARCHAPPE, PARROT, PASTEUR, PERRIN (MAURICE), PETER (M.), POTAIN, RAIGE DELORME, RAYER, REGNAULT, REVEIL (O.), REYNAL, ROBIN (CH.), ROGER (H.), ROLLET, ROTUREAU, ROUGET, SAINTE-CLAIRE DEVILLE (H.), SCHUTZENBERGER (CH.), SCHUTZENBERGER (P.), SÉDILLOT, SÉE (MARC), SOUBEIRAN (L.), TARTIVEL, TESTELIN, TILLAUX (P.), TOURDES, TRÉLAT (U.), VELPEAU, VERNEUIL, VIDAL (E.), VOILLEMIER, VULPIAN, WARLOMONT, WORMS (J.), WURTZ.

Le quatrième demi-volume (2e du tome deuxième) vient de paraître.

Il contient les principaux articles suivants : **ALBINISME**, par M. TRÉLAT ; — **ALBUMINURIE**, par M. GUBLER ; — **ALCOOL**, (chimie, par M. WURTZ); (pharmacie, par M. REVEIL); (action physiologique, par M. PERRIN); (thérapeutique, par M. BÉHIER); — **ALCOOLISME**, (pathologie, par M. LANCEREAUX); (médecine légale, par M. TOURDES); — **ALCOOLS**, par M. WURTZ ; — **ALGÉRIE**, par LAVERAN ; — Divers articles de Botanique, par M. BAILLON ; — Diverses sources d'Eaux minérales, par M. ROTUREAU ; — La Biographie et la Bibliographie, par MM. BEAUGRAND, CHÉREAU, DAREMBERG et RAIGE-DELORME.

Prix du demi-volume, rendu *franc de port* dans toute la France et l'Algérie, **6** fr.

NOTA. — *Toute demande doit être accompagnée d'un mandat ou de timbres-poste.*

